

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

373

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mai 1898, à 1 heure

PAR

Auguste-Victor DUPONT

Né à Saint-Pierre-Montlimard (Maine-et-Loire), le 15 mars 1856

DU PLACENTA PRÆVIA

ÉTUDE CRITIQUE

DES

PRINCIPALES MÉTHODES EMPLOYÉES EN FRANCE

Valeur du Tamponnement au point de vue du praticien

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
BAR et MARFAN, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1898

N°

375

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 mai 1898, à 1 heure

PAR

Auguste-Victor DUPONT

Né à Saint-Pierre-Montlimard (Maine-et-Loire), le 15 mars 1856

DU PLACENTA PRÆVIA

ÉTUDE CRITIQUE

DES

PRINCIPALES MÉTHODES EMPLOYÉES EN FRANCE

Valeur du Tamponnement au point de vue du praticien

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : MM. } HUTINEL, professeur.
BAR et MARFAN, agrégés.*



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GABRIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et Pharmacologie.		TERRIER
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		
Clinique des maladies nerveuses.		JOFFROY.
		RAYMOND.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des voies urinaires.		GUYON.
Clinique d'accouchements.		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER	THIERY.
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Si jamais je devais renoncer à la
pratique des accouchements, ce se-
rait à cause des hémorrhagies.

Paul DUBOIS.

Le placenta prævia est l'affection
qui exige le plus de sang froid, le
plus de connaissance, le plus d'ha-
bileté.

VELPEAU.

L'excellence de l'art de l'accou-
cheur est de sauver deux individus
à la fois.

LEVRET.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

INTRODUCTION

Depuis 25 ans, les thèses sur le placenta prævia se sont multipliées tant en France qu'à l'étranger. Bitot (1880), Alezais (1882), Lacaille (1883), Auvar (1886), Pandèle (1889), Mlle Berta Dyllion (1890), Laskine (1890), Vivien (1892), Jouve (1892), Bertrand (1893), Payrau (1894), Camille Juge (1896), Ad-el-Nour (1896), Maridort (1897), Mortagne (1897). Aussi, nous paraît-il fort délicat de traiter à nouveau cette question si bien étudiée.

Ces études cependant n'ont point été faites jusqu'à ce jour au point de vue du médecin praticien, et c'est de ce côté que porteront nos recherches. Heureux si notre modeste travail, en présence de méthodes si diverses, peut être de quelque utilité à nos confrères et les guider dans le choix du procédé à suivre lorsqu'ils se trouveront en face d'un placenta prævia et de ses terribles complications.

Un certain nombre de procédés sont appliqués en France; nous aurons à les étudier successivement. Mais deux surtout réclament la priorité de leur méthode, grâce aux statistiques fournies par leurs partisans : 1^o L'Ancienne École, dirigée sous la haute compétence de M. Tarnier, à la rue d'Assas, lequel prône le tamponnement, et, 2^o la Jeune École, non moins bien soutenue par M. le professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, lequel vante le procédé de Puzos,

c'est-à-dire la rupture des membranes, et cela à un autre point de vue.

Mais nous nous trouvons là en présence de deux maîtres en obstétrique, dirigeant chacun leur clinique dans une grande ville, avec un outillage complet, des aides consciencieux et fort intelligents, remplaçant au besoin le professeur, l'aidant dans les différentes manœuvres obstétricales, plus à même de voir des cas variés, rares, qui pour la plupart du temps leur sont envoyés, soit par des maîtres ne faisant pas de l'accouchement leur spécialité, soit par de modestes praticiens n'osant affronter ces cas avec leurs résultats si désastreux.

Les conditions, nous tenons à le faire remarquer dès le début de ce travail, ne sont plus du tout les mêmes pour le médecin exerçant à la campagne, souvent seul, loin de tout secours, de tout aide, où la spécialité, malgré ses goûts innés et son aptitude particulière, lui est absolument chose défendue, interdite, vu le peu d'observations intéressantes qu'il rencontrera dans toute le cours de sa carrière médicale.

D'ailleurs, a-t-on toujours le temps de faire venir un confrère ? c'est pour la troisième, c'est pour la sixième hémorrhagie qu'une parturiente ou une matrone, vous fera mander en toute hâte, ne voyant dans ce fait aucune gravité ; souvent on n'indiquera même pas la cause véritable pour laquelle on vous envoie chercher : « c'est pour faire un accouchement » et c'est tout. Vous arriverez là avec votre trousse plus ou moins garnie avec votre Levret, votre Pajot ou votre Tarnier, si vous en avez un. Vous voyez une femme, à la suite d'une ou de plusieurs hémorrha-

gies, profondément anémiée, la face décolorée, le poulx filiforme, que faire ? Heureux encore, lorsque conservant votre sang-froid devant une telle situation, vous n'allez pas accepter sans contrôle le diagnostic anticipé d'une sage-femme assise au chevet d'une malade depuis plusieurs jours, prétendant avoir senti les mouvements actifs du fœtus, lorsque, en réalité, vous ne vous trouvez qu'en présence d'une pneumatose hystérique compliquée de métrite. Nous avons vu le cas se produire.

Notre but est de chercher à prouver, en pareille circonstance, que le moyen le plus simple, le plus facile pour le praticien exerçant loin des villes, est encore le tamponnement vaginal : et, comme chez les femmes enceintes, les hémorrhagies arrivent le plus souvent par suite d'insertion vicieuse du placenta, nous passerons en revue les principaux moyens employés en France.

Dans le chapitre 1^{er}, nous étudierons ;

1^o Le procédé de Puzos, ou de la rupture des membranes, soutenu par M. le professeur Pinard.

2^o Le procédé de Champetier de Ribes ou du ballon intra-utérin.

3^o Celui de Braxton-Hicks ou version par manœuvres mixtes.

4^o Celui de Tarnier, récemment préconisé par Bonnaire, où l'accouchement extemporané, encore appelé accouchement méthodiquement rapide par dilatation manuelle du col.

Successivement, nous en ferons l'histoire, puis nous décrirons le procédé avec son manuel opératoire, nous en donnerons les avantages, et nous en énumérerons les inconvénients.

Dans un deuxième chapitre :

Nous étudierons le tamponnement vaginal, après ;
1^o une courte historique ; 2^o nous décrirons son procédé opératoire ; 3^o nous analyserons tous les méfaits que lui ont assignés ses adversaires ; 4^o nous verrons s'il mérite tous ces reproches.

Dans un troisième chapitre :

En quelques lignes, nos recherches porteront sur les auteurs qui, depuis environ 25 ans, recommandent le tamponnement au point de vue du praticien.

Dans un quatrième chapitre :

Nous donnerons nos observations personnelles et celles que nous avons pu nous procurer.

Enfin nous formulerons les conclusions à déduire de ce travail.

N. B. Il est bien entendu, que de quelque méthode que nous ayons à nous occuper, toutes les précautions antiseptiques seront prises et par l'accoucheur et par les aides qui lui seront nécessaires. Ces précautions nous ne les indiquerons qu'au sujet du tamponnement.

Mais avant de commencer ce travail, suivant en cela, une louable et respectueuse habitude, qu'il nous soit permis d'offrir nos plus gracieux remerciements ; à M. le Docteur Hirigoyen, Chirurgien de la Maternité de Bordeaux, pour le bon accueil qu'il a fait à notre demande de bien vouloir nous communiquer ses observations personnelles en dehors de l'Hôpital.

De l'École d'Angers, tous nos anciens Maîtres MM. les Docteurs Dezanneau, Feillé, Gripat, Douet pourraient réclamer les premiers le droit de notre sin-

cère reconnaissance. Et parmi les jeunes, il en est un que nous tenons à remercier pour les bons conseils qu'il nous a donnés, nous voulons nommer notre ami et ancien condisciple M. le Docteur Monprofit. Qu'ils veuillent donc bien accepter la modeste obole du droit à la reconnaissance de leur ancien élève.

Nous adressons tout particulièrement l'expression de notre gratitude à M. Paul Froussard, interne des Hôpitaux de Paris, dont les bons conseils et la vive amitié nous ont été d'un grand apport pendant toute la période des examens.

Nous remercions tout particulièrement nos confrères MM. les Docteurs Thuau et Foucault pour l'empressement qu'ils ont mis à nous donner leurs observations.

Merci à tous nos bons et sincères amis qui par leurs sages conseils et leurs consolants appuis, nous ont encouragé à terminer nos études médicales. Qu'ils veuillent agréer en échange, la certitude de notre réelle et profonde reconnaissance et l'assurance de notre vive gratitude. « Le parchemin n'est rien pour eux. »

Nous prions instamment M. le Professeur Budin, d'agréer toute notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait, en acceptant la Présidence de notre Thèse.

CHAPITRE I

EXPOSÉ ET CRITIQUE DES PRINCIPALES MÉTHODES.

Dans ce chapitre nous allons successivement passer en revue :

- 1^o La méthode de Puzos modifiée par Pinard.
- 2^o Celle de Champetier de Ribes.
- 3^o Celle de Braxton-Hicks.
- 4^o Celle de Tarnier récemment préconisée par M. Bonnaire.

PARAGRAPHE I^{er}

Méthode de Pinard. — Rupture prématurée des membranes.

Nous ne pouvons décrire la méthode de M. le Professeur Pinard sans être obligé de dire par suite de quelles déductions il fut amené, dans les hémorrhagies du placenta prævia, à pratiquer prématurément la large rupture des membranes. Et pour cela, après avoir donné la définition, les causes, les variétés, suivant la marche tracée, nous indiquerons le manuel opératoire formulé par cet auteur, les avantages de ce procédé, ses inconvénients.

Et d'abord qu'est-ce qu'on appelle *Placenta prævia* ?

L'ovule fécondée, pouvant rester trois semaines dans l'utérus avant de s'implanter, entraînée d'autre part par les mouvements vibratils des cils d'une muqueuse plus ou moins saine, pourra s'insérer dans toute la longueur du canal qui fait communiquer le vagin avec le péritoine, voire même sur celui-ci. De là deux sortes de grossesse, l'une extra-utérine, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, et l'autre, appelée grossesse utérine. Celle-ci se subdivise en deux depuis les travaux de Barnes. Le placenta pouvant s'insérer sur toute la surface de la muqueuse qui tapisse le col et la cavité utérine se fixe la plupart du temps à des endroits préformés (1), soit aux deux tiers supérieurs, de l'utérus ou seulement sur le tiers inférieur. Dans ce cas, il peut recouvrir plus ou moins complètement l'orifice interne du col ; ce qui est constamment fâcheux pour la mère et pour l'enfant. (Baudelocque. p. 137.) Il pourra même empiéter sur le canal cervical (cas d'Ingleby : de Polaillon, de Kustner) (2).

Barnes divise donc la cavité utérine en trois zones. L'inférieure est limitée en bas par l'orifice interne du col et en haut par un cercle perpendiculaire à l'axe utérin, situé en chiffres ronds à 0,10 cent. du col. C'est cette zone inférieure qu'on appelle la zone dangereuse de Barnes ; c'est dans cette zone que s'insérera donc le placenta, dit « *prævia* » recouvrant ainsi plus ou moins l'orifice interne du col.

D'où par placenta prævia ou insertion vicieuse du placenta, on entend le placenta situé sur le chemin

(1) Ahlfeld. VII^e Congrès de la Soc. All. Gyn. Leips. 10 juin 1897.

(2) Kustner. VII^e Congrès de la Soc. All. Gyn. Leips. 10 juin 1897.

que doit parcourir le fœtus pour sortir du corps de la mère par les voies naturelles.

Pourquoi l'ovule fécondée vient-elle quelquefois s'insérer si bas ? En d'autres termes, quelles sont les causes du placenta prævia (1) ?

1^o La principale cause du placenta prævia est sans contestation possible, la multiparité, sur lorsque les grossesses se rapprochent trop les unes des autres.

2^o L'endométrite est, elle aussi, une cause puissante ; l'ovule ne trouve pas dans une muqueuse malade tous les éléments nécessaires à son implantation ; elle s'en va pérégriner plus bas (Schatz, 1897).

3^o Les tumeurs, quelles qu'elles soient, peuvent gêner la fixation de l'ovule ennoblie, surtout lorsque cette tumeur est un fibrome sous muqueux. Dans ce cas, le placenta pourra même s'implanter sur lui. (Pujol).

Bayle, Cruveilhier, Virchow, Conheim, voyaient dans la tumeur la cause et non l'effet de la stérilité. Pour Louis, et la plupart des accoucheurs et gynécologues, Charpentier, Courty, Pinard, Pozzi, Tarnier, les fibromyomes utérins sont une cause puissante de stérilité, Hofmeier (1894), tombe dans l'excès contraire. Pour lui, la présence des fibromyomes dans le tissu utérin exalte l'activité des organes génitaux, et augmente ainsi l'aptitude à la procréation.

Parmi les myomateuses, on trouve une femme stérile environ sur trois, et à l'état normal on ne rencontre qu'une femme inféconde sur huit.

Parmi les autres causes du placenta prævia, nous

(1) Ahlfeld. Discussion, sur les causes du placenta prævia, VII^e Cong. de la Soc. all. Gyn. Leipz. 10 juin 1897.

énoncerons les voyages en chemin de fer, surtout dans les premières semaines de la grossesse (Pinard), les déchirures du col (Schræder 1890), l'atrophie généralisée de la muqueuse, les anomalies de l'utérus (cas d'Ingleby ; les deux trompes venaient s'aboucher près de l'orifice interne du col). Enfin la position debout (Schatz) mais rien ne prouve cette dernière cause.

Variétés de placenta prævia. — Figurons-nous le centre du placenta au centre même de l'orifice interne du col, devenir de plus en plus excentrique par rapport à cet orifice, nous aurons :

1^o Le placenta prævia, centre pour centre. Dans ce cas, le centre du placenta, ainsi que le cordon et les vaisseaux placentaires qui le forment, à moins que le cordon ne soit vélamenteux, se trouveront dans l'axe même du canal utérin.

Pinard, dans sa longue pratique journalière, dit n'en avoir jamais rencontré. Ahlfeld le repousse aussi, lui. Cependant, bien que très rare, il est généralement admis par tous les accoucheurs.

2^o Le central partiel, c'est-à-dire, celui qui n'a qu'une partie des cotylédons insérée sur le pourtour de l'orifice interne, la plus grande partie étant en arrière, en avant ou sur les côtés. Le centre du gâteau placentaire à forme ovoïde se trouve déjeté, ainsi que les vaisseaux, en dehors de l'axe du canal utérin.

3^o Il peut être marginal, c'est-à-dire que le bord du placenta vient affleurer l'axe du canal cervical.

4^o Il peut être latéral, alors le bord du placenta s'éloigne de l'axe, il remonte vers la zone moyenne de Barnes.

5^o Il y a encore une dernière sorte de placenta

prævia, c'est le cervical, qui vient s'insérer dans le canal cervical, le reste descendant vers le vagin ou plutôt remontant dans la cavité utérine. On n'en cite que très peu de cas.

Volontiers, avec M. Pinard, nous choisirons une autre division. Le placenta prævia sera : 1^o plus ou moins central ; 2^o plus ou moins latéral. Le symptôme dominant du placenta prævia, l'hémorrhagie, sera d'autant plus grave pour la mère et le fœtus, que ce placenta sera plus central, et l'hémorrhagie d'autant moins à craindre que ce placenta sera plus latéral.

Étant connues les causes et les variétés du placenta prævia, examinons maintenant les raisons qui ont amené le Professeur de la Clinique Baudelocque à soutenir son procédé de la rupture large, prématurée, artificielle des membranes, en cas de placenta prævia.

Dès 1881, Pinard (1) étudiant les causes de la rupture prématurée des membranes, remarque qu'il existe un rapport constant entre l'insertion du placenta sur le segment inférieur et la rupture précoce, et recherche les données d'un diagnostic rétrospectif.

Lors d'une délivrance normale, les membranes sont rompues au pôle inférieur, juste en face l'orifice cervical légèrement dilaté, en mesurant la distance minima qui sépare la perforation et le bord du placenta on peut donc connaître approximativement le lieu d'insertion du placenta.

Ainsi, lorsque l'arrière-faix présente entre le bord de l'ouverture des membranes et celui correspondant

(1) *Annales de gynécol.*, 1885-1886.

du placenta une longueur de 0,05 cm. d'un côté et 0,25 du côté diamétralement opposé, on peut en conclure que le placenta était à 0,05 cm. du bord interne de l'anneau de Bandl.

Le raisonnement pêche un peu en ce sens, que la déchirure de la poche des eaux peut se prolonger plus d'un côté que de l'autre, que les membranes ne se rompant pas au même niveau, que l'amnios peut glisser sur le chorion. Cette mensuration d'ailleurs était connue avant M. Pinard, et Baudelocque l'indiquait dans son livre *Pratiques sur l'art des accouchements*, 1797, p. 137, en disant : « Si cette ouverture se trouve sur le bord (du placenta) on peut assurer que son insertion était près du col. »

A lui, cependant, revient le mérite d'avoir précisé la situation du placenta, d'après l'ouverture de la poche des eaux. Beaucoup de *prævia* passent en effet inaperçus.

D'un autre côté, connaissant les travaux de Hofmeier, Axhenfeld, Schröder sur l'anatomie du placenta *prævia*, sa forme, son épaisseur et sur l'augmentation des fibres musculaires lisses à son point d'implantation, sachant que les membranes par elles-mêmes, surtout le chorion, sont peu extensibles, plus épaisses, plus résistantes, que toute pression exercée sur elles, retentira plus ou moins sur le placenta, suivant que celui-ci sera inséré plus ou moins près de l'orifice interne du col, M. Pinard en déduit que l'ampliation du segment inférieur ne pouvant se faire qu'au détriment de cette portion où ne s'insère pas le placenta, il s'en suivra des tiraillements sur le chorion. Alors, ou bien le chorion se laisse déchirer et nous voyons se produire la rupture prématurée de la poche des eaux, ou bien, au cas contraire, le chorion résiste

et le placenta se décolle produisant l'hémorrhagie inévitable.

Telle est pour M. Pinard la vraie cause de la rupture prématurée des membranes et du décollement du placenta. Cette théorie explique en effet aussi bien les hémorrhagies des trois derniers mois que celles de l'accouchement. Mais nous devons ajouter que nous croyons devoir donner un certain crédit aux théories : 1^o de Jacquemier, défaut de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur ; 2^o de Barnes, qui croit le contraire, ajoutant qu'il faudrait tenir compte d'une poussée périodique mensuelle se produisant au niveau du placenta, ce qui n'est pas prouvé ; 3^o de Schröder, ou glissement du placenta sur la paroi utérine.

De plus la présentation du fœtus joue encore un grand rôle, en ce qu'elle détermine une distension plus ou moins considérable et irrégulière du segment inférieur et par là même des membranes. La présentation du tronc, plus encore que celle du siège complet à cause du volume et de la forme irrégulière de ces parties, voire même la pression du pied, dans un siège décomplété, entraînent la rupture de la poche des eaux et le décollement du placenta.

Aussi la rupture de la poche des eaux, sera : 1^o prématurée, c'est-à-dire, avant tout commencement de travail ; 2^o précoce, le col commence à s'entr'ouvrir ; 3^o tempestive, alors la dilatation est complète.

Conclusion de la théorie de M. Pinard. — Les contractions utérines indolores dites de Hehrer, qui se produisent dans les trois derniers mois de la grossesse dans le but d'effectuer l'ampliation du segment inférieur, tiraillent inégalement les membranes, produi-

sent la rupture prématurée de la poche des eaux, ou bien le chorion résistant trop, et il résistera d'autant plus qu'il est plus fort à mesure qu'on se rapproche du bord du placenta, celui-ci se décollera et produira ces hémorrhagies d'autant plus inévitables que le placenta sera situé plus bas.

Manuel opératoire. — D'après lui, pour empêcher ces hémorrhagies, évitables quelquefois il suffit, toutes précautions antiseptiques prises, d'aller avec un ou deux doigts, produire une large rupture des membranes. Un perce-membranes, des ciseaux désinfectés, une aiguille à tricoter peuvent être utiles.

La conduite à tenir, varie cependant suivant que l'hémorrhagie est légère ou abondante et dans ce dernier cas suivant que la femme est en travail ou non, suivant la présentation et suivant la situation du placenta.

1° L'hémorrhagie est légère. Dans ce cas, M. le docteur Pinard se contente de l'expectation, avec repos absolu au lit, dans le décubitus dorsal, de lavements laudanisés, d'injections d'eau bouillie chaude.

2° L'hémorrhagie est grave. Cette hémorrhagie grave peut avoir lieu : a) pendant le cours de la grossesse dans les six premiers mois ou dans les trois derniers ; b) ou pendant le travail ; c) au moment de la délivrance. Il faut d'après Mlle Berta Dyllion, faire successivement trois diagnostics, 1° celui de l'âge de la grossesse ; 2° celui de la présentation du fœtus ; 3° celui de la situation du placenta.

Les commémoratifs donneront l'âge probable de la grossesse.

Présentations. — Les présentations de la face n'ayant jamais été observées, nous ne nous en occu-

perons pas. Restent les présentations transversales et les longitudinales.

Règle générale.— *On doit toujours transformer une transversale en longitudinale et par le chemin le plus court*, préférer le sommet au siège et pour cela employer la méthode de Wigand, préconisée par Ritgen, c'est-à-dire, la version par manœuvre externes et appliquer ensuite la ceinture eulocique pour maintenir la nouvelle présentation.

Si c'est le siège qui se présente, M. Pinard insiste beaucoup, après avoir largement déchiré les membranes, à aller à la recherche d'un pied par le chemin le plus court, jamais à travers le placenta. En somme, c'est en partie la méthode de Barnes sans décollement du pourtour du gâteau placentaire et en partie celle de Braxton Hicks avec abaissement d'un pied.

Si on se trouve en présence d'une présentation du sommet, il faut pratiquer la large rupture des membranes et laisser l'accouchement se faire normalement ; être sobre de l'application du forceps.

Situation du placenta. — Si on se trouve en présence d'un placenta plus ou moins central, on va chercher les membranes par le chemin le plus court ; on aura l'hémorrhagie inévitable. S'il est plus ou moins latéral, la rupture fera presque toujours cesser l'hémorrhagie.

En résumé, les précautions antiseptiques étant prises, on procède à la rupture ou plutôt à la déchirure large des membranes. Pour cela après avoir introduit la main dans le vagin, on pousse un ou deux doigts à travers le col jusqu'à ce que leur extrémité se trouve en contact avec les membranes. Sur le doigt comme guide, ou dans la rainure des deux doigts, si l'on a pu en introduire deux, on glisse un perce-mem-

branes. Cette simple ouverture ne suffit pas. Il faut y introduire le doigt et l'agrandir en rompant très largement les membranes. Le pôle inférieur de l'œuf ainsi détruit, on arrête la formation de la poche des eaux, on détruit la pression intra-amniotique et par suite on empêche le tiraillement du placenta par les membranes et en particulier par le chorion.

Cette opération est, dans la grande majorité des cas, assez facile à faire, à condition d'introduire la main toute entière dans le vagin. A défaut de perce-membranes, une paire de ciseaux, une aiguille à tricoter convenablement désinfectée, peuvent suffire à rompre les membranes.

Avantages. — comme on vient de le voir, ce procédé est d'une simplicité extrême, et il a bien sa raison d'être avec un travail commencé et une présentation d'un sommet engagé.

Inconvénients. — Mais cette hémorrhagie cesse-t-elle toujours avec ce procédé ? Non, M. Pinard et M. Varnier l'avouent eux-mêmes, en disant « presque toujours ». Et si l'hémorrhagie continue, que nous apprend son élève, Mlle Dyllion ? Rien. Il faut rompre, à la condition que le col soit dilaté ou dilatable et ce n'est pas toujours possible.

Après la rupture le travail commence-t-il toujours ? Non, et voici pourquoi.

Nous savons que, dans les accouchements normaux il est expressément défendu de rompre la poche des eaux, à moins de dilatation complète du col, ou de trop grande rigidité des membranes. Cette poche, en effet vient poindre dans le col en forme de cône qui s'enfonce au fur et à mesure que ce col se dilate. De plus, à chaque contraction la poche des eaux augmen-

tant de volume en tous sens, écarte excentriquement les parois du col. C'est certainement une des principales causes de la dilatation du col et du glissement du segment inférieur sur l'œuf. Si vous rompez trop prématurément ces membranes, qu'advient-il ? Vous aurez une large surface cherchant à franchir un isthme trop étroit à contour résistant, l'utérus se fatiguera dans ses contractions, et le travail de l'accouchement se ralentira.

A la clinique Baudelocque, il est d'usage même dans les accouchements normaux de pratiquer prématurément la rupture artificielle de la poche des eaux ; on abrège ainsi dans bien des cas la durée de la dilatation complète et de l'expulsion fœtale. Le fait est absolument indéniable, et nous n'avons eu qu'à nous louer de ce procédé dans maintes circonstances lorsque la dilatation était presque complète et que les membranes semblaient trop rigides, l'excès de tension de l'œuf cessant après la rupture.

Mais dans l'accouchement avec placenta prævia, outre la tension exercée sur l'œuf, sur les membranes il y a d'autres facteurs dont il faut tenir compte ; c'est d'une part la présence du placenta en avant de la partie fœtale, et, d'autre part, l'augmentation de volume du tissu musculaire du segment inférieur au niveau de l'implantation de l'arrière faix. Ce placenta barrant la route au fœtus, réellement prævia, est un premier obstacle à la rotation et à la descente ; de plus, au cas même de large rupture des membranes sans tiraillement, il faudra un temps plus long, plus considérable pour que les fibres musculaires du segment inférieur puissent se laisser dilater, d'où épuisement con-

sécutif augmenté par les hémorrhagies antérieures, arrêt du travail.

Oui, lorsque la tête est descendue dans l'excavation, que le col est assez largement ouvert, nous pourrons suivre le procédé de M. Pinard. Mais c'est le seul cas, cas du sommet descendu lors d'une première hémorrhagie grave, indice d'un placenta prævia, sinon sur le col, au moins très rapproché de lui, et col dilaté ou dilatable. Pour les multipares, on pourra employer ce moyen qui sera plus difficile à appliquer chez une primipare.

En outre la méthode de la rupture même avec présentation du sommet dans une grossesse à terme, prédispose à la chute du cordon et à la propulsion du placenta. Les observations IV. de Mlle Dyllion, (présentation du sommet) et VI (présentation du siège décomplété) nous en donnent la preuve.

Est-elle toujours possible ? Non ; comme nous l'avons dit plus haut, il faut deux conditions qui n'existent pas toujours ensemble. De plus, il faut voir l'âge de la grossesse et chez la primipare et chez la multipare ; or, dans ce dernier cas, il n'est pas toujours sans danger de franchir le col utérin.

Est-elle toujours facile ? Il faut l'introduction d'un doigt et d'un perce-membranes dont le maniement est toujours difficile, surtout dans le placenta prævia central. Varnier (1) l'admet et il dit que dans ce cas, il faut décoller doucement le placenta derrière le pubis et déchirer les membranes avec une pince de Péan. Encore faut-il en avoir une dans sa trousse.

(1) Leçons de Varnier reproduite dans l'*Anjou Médical*, 1895, p. 112.

Et si, la rupture faite des membranes, le sommet ne descend pas autant par asynctisme que par la présence du placenta vraiment prævia, qu'advient-il pour la mère ? qu'arrivera-t-il au fœtus ? N'expose-t-on pas la mère à la septicémie ? le fœtus n'est-il pas voué à la putréfaction ?

Même avec une hémorrhagie légère, l'expectation sera-t-elle toujours bien vue par la famille ? Un suintement léger de sang peut, par sa longue durée, devenir une hémorrhagie sérieuse et pour la mère et pour le fœtus.

En résumé, ce procédé : 1^o ne fait pas toujours cesser l'hémorrhagie, il n'est pas toujours efficace ; 2^o il expose la mère à la septicémie, le fœtus à la putréfaction ; 3^o il peut être une cause d'arrêt du travail ; 4^o il prédispose à la propulsion du placenta, à la chute du cordon ; 5^o il n'est pas toujours ni possible ni facile ; 6^o il ne s'applique qu'à des cas très limités. 7^o Une hémorrhagie d'abondance médiocre peut devenir grave par sa continuité.

Aussi pour parfaire un accouchement, a-t-il très souvent recours à d'autres manœuvres, d'autres procédés, tels que celui du ballon de Champetier de Ribes, que nous allons étudier dans le paragraphe suivant.

PARAGRAPHE II

Du Ballon de Champetier de Ribes.

Historique. — En 1878, M. Champetier de Ribes, étant interne de M. Tarnier à la Maternité, songea à

perfectionner le ballon dilatateur du maître. Ce ballon, à parois minces, souples, se laminait après son introduction dans l'œuf, pour redescendre à travers le canal cervical. Ou bien l'utérus restait inerte, ou souvent il l'expulsait sans continuer ses contractions chez les multipares. D'un autre côté, les sacs violons de Barnes, insuffisants par leur volume, produisaient les mêmes résultats ; le travail produit n'avancait pas.

Frappé de ces inconvénients, Champetier de Ribes chercha dès lors « le moyen de provoquer sûrement « et rapidement le travail, et en même temps de dilater tout le canal génital, de façon à supprimer les « obstacles provenant des parties molles au moment « de l'accouchement, soit en abandonnant celui-ci à « la nature, soit en le terminant à l'aide d'autres opérations ».

Les premiers essais eurent lieu en 1887, et le 23 juin 1888, parut dans la *Gazette Médicale de Paris*, un travail de M. le docteur Lefèbvre, interne de M. Champetier de Ribes. En décembre 1888, Champetier de Ribes faisait paraître un travail important, dans les *Annales de Gynécologie*, intitulé : « De l'accouchement provoqué, dilatation du canal génital, « (col de l'utérus, vagin et vulve) à l'aide de ballons « introduits dans la cavité utérine pendant la grossesse ».

Varnier (mars et avril 1890, *Revue Pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*), Pinard (janvier et février, 1891, *Annales de Gynécologie*) montrèrent la supériorité de ce ballon qui fut bientôt connu du monde entier.

Camille Juge (in thèse) montra la valeur de ce procédé dans les hémorrhagies par placenta prævia.

Description. — Le ballon de Champetier de Ribes est constitué par une poche de soie mince, souple, recouverte sur ses deux surfaces d'un léger enduit de caoutchouc. Sa forme est celle d'un cône allongé de 10 à 12 cent. de hauteur lorsqu'il est plein. La circonférence de ce cône, à sa base, mesure 30 cent., et la hauteur de cette base à l'origine du tube est environ de 9 cent. Le tube qui termine ce ballon a une forme légèrement conique, et l'axe de ce tube forme avec celui du ballon un angle de 135 degrés. Ce tube a 65 millim. de longueur et 2 cent. de diamètre dans sa partie la plus étroite. Il se termine par une pièce de caoutchouc durci de 2 cent. de diamètre et d'un cent. de longueur, sur laquelle se fixe d'autre part un dernier tube de caoutchouc solide, cylindrique, à parois épaisses et muni d'un robinet. La seringue de remplissage se fixe à l'extrémité de ce tube.

Le ballon de Boissard, ne diffère du précédent que par la forme de sa base qui, au lieu d'être plane, présente une surface concave, où la tête peut s'appliquer. Il expose peut-être moins que celui de Champetier de Ribes à transformer une bonne présentation en une mauvaise.

Les ballons de Barnes, de différentes grandeurs, exigent des manœuvres répétées pour être introduites successivement : ils se détériorent facilement. De plus, il faut un jeu complet. Mais s'ils sont susceptibles de rendre de grands services, ils sont d'un usage infiniment moins pratique dans les conditions ordinaires de la vie courante, surtout si l'on exerce loin d'un grand centre.

Manuel Opératoire. — L'asepsie des diverses parties de l'instrument étant faite, on met la femme dans

la position obstétricale ; l'anesthésie chloroformique est préférable.

Pour l'introduction de ce ballon, on se sert d'une pince spéciale à courbure antéro-postérieure de 29 cent. de longueur totale, et de 14 cent. de l'extrémité des mors à l'articulation. Les mors sont courbés sur le plat ; les deux branches sont maintenues rapprochées par un arrêt à crémaillère, et l'articulation est telle qu'elle permet de retirer isolément les deux branches.

Après désinfection de la femme et des instruments, on plie le ballon afin qu'il soit le moins épais possible ; purgé de l'air ou du liquide qu'il peut contenir, ce ballon enroulé en forme de fuseau, est pris entre les mors de la pince de telle sorte qu'il dépasse de quelques millimètres l'extrémité de celle-ci. On enduit le tout de vaseline, on introduit la main toute entière dans le vagin et l'index dans le col pour permettre la direction de la pince ainsi montée. On fait pénétrer le ballon assez profondément au-delà de l'orifice interne, dans l'œuf, jusqu'à ce que l'articulation de la pince arrive à 2 ou 3 cent. du col.

Alors un aide, armé d'une seringue, pousse dans le ballon une injection d'eau phéniquée tiède ou d'eau bouillie, puis l'opérateur déclanche la pince, en cherchant à laisser le ballon en place. La pince retirée, et le ballon gonflé, on ferme le robinet du ballon ; on y place même une ligature de sûreté. On fait une injection vaginale et on remet la femme dans son lit.

Les contractions s'éveillent au bout d'un temps variable (2 ou 3 heures) et si toute hémorrhagie a cessé, on attend ; si cependant l'hémorrhagie persiste, c'est que le ballon s'applique mal sur le segment inférieur ; on ouvre le robinet, on laisse écouler un peu de liquide.

de légères tractions sont opérées sur le tube, et on remplit le ballon d'une quantité de liquide égale à celle que l'on a fait écouler. Ces manœuvres, on est quelquefois obligé plusieurs fois de les renouveler.

Mais, en général, le ballon ainsi disposé et surveillé dilate peu à peu le segment inférieur et le col, à la manière d'un sommet descendu ; distendu au maximum pour dilater l'orifice utérin, il arrive hors de l'utérus, il tombe dans le bassin qu'il distend. A ce moment, la surveillance du praticien doit être plus rigoureuse ; car il peut se faire que le ballon chassé dans le vagin et ne comprimant plus par suite la surface saignante, l'hémorrhagie reparaisse et le sang s'accumule derrière lui.

Aussi faut-il extraire le ballon à cet instant, lentement, par tractions modérées et progressives pour préparer les voies génitales externes.

La quantité de liquide à pousser dans l'appareil, en une ou plusieurs fois, est d'environ 500 grammes.

En résumé cet appareil se compose : 1^o d'un ballon en forme de cône et terminé par un tube ; 2^o un second tube de raccord ; 3^o d'un troisième tube plus long avec robinet ; 4^o d'une seringue de remplissage ; 5^o d'une pince spéciale. L'aide n'est pas difficile à trouver.

Avantages. — Si nous examinons les conclusions formulées dans la thèse de Camille Juge, nous y relations les suivantes, savoir que ce procédé :

1^o Arrête presque infailliblement les hémorrhagies ;
2^o Qu'il excite les contractions utérines en deux ou trois heures ;

3^o Qu'il accélère le travail qui aurait une moyenne de 4 heures à 4 heures 1/2. D'après Ribemont De-

saignes et Lepage, il faudrait 6, 8 ou 10 heures ;

4^o Qu'il accuse une mortalité maternelle de 2 0/0 seulement ;

5^o Nous ajouterons que jusqu'à présent c'est le seul instrument qui dilate rapidement le col.

Inconvénients. — En présence de si grands avantages, on serait tenté de croire que l'on est arrivé au nec plus ultra comme appareil contre les hémorrhagies du placenta prævia. Mais pour le praticien, il présente de graves inconvénients.

1^o Et le plus grand que nous puissions lui reprocher, c'est que pour l'employer, il faudrait au praticien un outillage spécial qu'il n'aura pas toujours, et que l'on ne rencontre guère que dans les hôpitaux ou dans les maternités. A quoi bon posséder un arsenal chirurgical pour ne jamais s'en servir ;

2^o Il se détériore facilement d'où sa rupture fréquente et est très difficile à conserver dans un état d'asepsie parfaite ;

3^o Mis entre les mains de médecins peu expérimentés dans son application, cet appareil peut faire craindre une rupture de l'utérus, soit avec la pince portemembranes, qu'il faut toujours introduire profondément, environ 10 centimètres, ou par surdistension du ballon. Le col peut, lui aussi, être déchiré (Obs. IX, in th. Mortagne) ;

4^o Pour l'introduire, il faut que le col ait subi un commencement de dilatation ;

5^o Malgré la dilatation, l'application peut en être très difficile et même impossible, surtout dans les présentations du sommet engagé ou du siège descendu. Nous croyons que dans ces cas, il y a même contr'indication absolue de l'employer ;

6° Ne lui a-t-on pas reproché avec raison de produire une tendance aux syncopes, soit par hémorrhagie, soit par surdistension du muscle utérin, symptôme qui a toujours pour résultat d'effrayer le médecin et l'entourage de la gestante ;

7° Il ne peut servir dans les hémorrhagies qui accompagnent ou suivent la délivrance ;

8° Il transforme souvent une bonne position en une transversale ; on doit toujours le surveiller à ce sujet ;

9° Souvent, on ne peut arriver à produire des contractions utérines même pour une main experte dit Bonnaire (*Presse médicale*), que par tâtonnements, écoulements, remplissage du ballon, tractions répétées sur le tube. Comme tous les instruments, il agit en aveugle ;

10° Lorsque l'appareil est appliqué, il est quelquefois extrêmement difficile de pratiquer le palper abdominal ;

11° Il n'arrête pas toujours l'hémorrhagie, souvent il la rappelle ;

12° On a souvent besoin d'un aide car il faut opérer sous le chloroforme ;

13° Aveu de tous ceux qui s'en sont servi, il leur est arrivé d'extraire ou de laisser expulser hors des organes génitaux, un ballon distendu au maximum, sans que pour cela l'orifice interne ou la partie supérieure du segment inférieur soit suffisamment perméable. On est obligé de réintroduire le ballon ;

14° Il peut occasionner la septicémie (Dr Blacker).

Donc, bien que ce procédé, avec les magnifiques résultats obtenus, puisse tenter le maître dans les salles de douleurs, il ne pourra servir au praticien, vu

la difficulté de son application et à cause de son instrumentation, étant donné combien sont rares les accouchements avec placenta prævia.

On serait presque tenté d'attribuer de si beaux résultats à la large déchirure des membranes que produit cet appareil, plutôt qu'à l'appareil lui-même.

PARAGRAPHE III

Méthode de Braxton-Hicks.

Cette méthode encore appelée version bipolaire (Barnes), version par manœuvres mixtes, version combinée par Braxton Hicks, a été étudiée particulièrement par M. le docteur Laskine dans sa thèse : « Essai sur la version bipolaire, 1890 » et bien que ces différents termes ne soient pas exactement synonymes, on les considère généralement comme tels et nous les emploierons indifféremment dans le cours de ce travail.

Définition. — La version bipolaire, consiste à l'aide des deux mains, l'une appliquée sur la paroi abdominale, l'autre introduite dans le vagin à transformer une présentation à une autre.

On dit qu'elle est *céphalique* quand le sommet est amené au détroit supérieur, et *podalique*, lorsque le siège remplace la présentation primitive.

I. — Version céphalique.

A. Pour une présentation transversale.

Conditions. — Pour bien opérer la version céphali-

que dans le cas d'une présentation transversale, les conditions suivantes sont, sinon absolument requises, au moins fort utiles : 1^o Présence du liquide amniotique ; 2^o Proximité de la tête près du détroit supérieur ; 3^o Dilatation suffisante du col pour permettre le passage de deux doigts ; 4^o La partie qui se présente ne doit pas être trop engagée ; 5^o Le bassin ne doit pas être rétréci ; 6^o ni l'utérus trop contracté ; 7^o Le chloroforme est sinon indispensable, au moins très utile.

Le petit volume du fœtus, la multiparité aideront encore ; mais sans la plus grande partie des conditions précédentes, la version ne doit pas être tentée.

Indications. — Il faut toujours y avoir recours dans les présentations transversales du fœtus lorsque la version par manœuvres externes a échoué ; 2^o On peut y avoir recours dans quelques présentations du siège chez les primipares ; 3^o Dans les présentations de la face ; 4^o Dans les hémorragies graves de la grossesse dues principalement à un décollement prématuré du placenta prævia ou non (Pinard).

Manuel opératoire. — La toilette des mains, de l'avant-bras et du bras étant bien faite, ainsi que celle des organes génitaux externes, on se sert du chloroforme, et on laisse la parturiente dans son lit, le siège fortement relevé par des coussins ; ou mieux on la met en position obstétricale ; on connaît bien la présentation.

1^o *Choix de la main.* — On choisit comme main vaginale, la main homonyme au côté de la femme où l'on se place et vers lequel on veut repousser l'épaule qui se présente ; de cette façon la main, placé dans une position intermédiaire à la supination et à la pronation, correspond par sa face palmaire, sa face de

préhension et de sensibilité, à la partie supérieure de l'acromion du fœtus.

Quelquefois, la femme en position obstétricale, on se sert de la main la plus habile, mais on peut être exposé à l'avoir dans une situation très défavorable au but que l'on se propose.

2° *Introduction de la main.* — Disposez vos doigts et votre pouce de façon qu'ils forment un cône le plus effilé possible. Arrivés sur le col, vous les déployez légèrement, vous les introduisez dans le canal cervical. La main est toute entière dans le vagin.

Alors, soit à travers les membranes intactes, soit directement si elles se sont rompues, vous repoussez en haut et en dehors la partie transversale du fœtus qui se présente, tandis que, de l'autre main, restée libre, vous repoussez d'une façon modérée et continue, le siège en sens inverse. D'autres fois, vous vous trouverez bien de chercher l'occiput et de l'abaisser vers le centre du détroit supérieur avec toute la surface de vos doigts profondément engagés dans la paroi addominale.

Pour effectuer cette descente, vous choisirez de préférence le plus court chemin, celui vers lequel le fœtus semble évoluer le plus facilement. Vous n'agirez qu'entre les coliques,

La tête étant au centre du détroit supérieur, vous la maintiendrez dans cette position avec la ceinture eutocique ou avec une ceinture de flanelle si les membranes sont intactes : ou bien on rompt la poche des eaux pour presser l'accouchement.

B. Pour une présentation du siège.

Si c'est le siège que l'on veut transformer en sommet, avec la main vaginale on repousse le plus haut

possible ce siège : un aide le repousse dans la fosse iliaque droite ou la fosse iliaque gauche, suivant le plus de facilité d'évolution et la variété de position, et la main libre de l'opérateur fait basculer la tête du haut en bas.

II. — Version podalique.

Avec un placenta prævia ; la rupture des membranes n'ayant pas eu lieu ou existant depuis peu, vous avez une présentation de l'épaule. Vous avez essayé le procédé de Wigand ou version par manœuvres externes, et soit par suite de contractions utérines, soit par excès de sensibilité des parois abdominales, soit par suite d'une couche de tissu cellulaire trop considérable des parois du ventre chez votre parturiente, etc...., vous n'avez pas réussi. Vous avez ensuite cherché à faire la version céphalique par manœuvres mixtes, vous vous êtes heurté à une impossibilité complète. L'enfant vous paraît assez volumineux, il est vivant et vous savez que l'évolution spontanée ne pourra se produire. A tout prix, il vous faut changer cette présentation chez une femme exsangue. Ne retirez pas votre main du vagin, vous avez encore la ressource de la version podalique avec abaissement d'un pied.

1^o Dans quelles conditions pratiquerez-vous cette opération ? 2^o quelles en sont les indications ?

1^o *Conditions*, — Pour bien réussir une version podalique, les mêmes conditions que pour la version céphalique sont requises ; cependant il vaut mieux que le siège soit le plus près possible du détroit supérieur et que le col soit dilaté ou dilatable.

2^o *Indications*. — Vous pratiquerez cette méthode :

1^o dans les présentations transversales, lorsque la tête n'a pu être facilement ramenée en bas ; 2^o dans certains cas de présentation de la face, occiput en arrière, 3^o dans les hémorrhagies graves du début du travail ; 4^o dans les attaques d'éclampsie, lorsque vous ne pouvez appliquer le forceps ; 5^o dans les embolies pulmonaires ; 6^o dans le placenta prævia quelque soit son lieu d'implantation.

Braxton Hicks indique le manuel opératoire suivant : la main gauche est introduite dans le vagin, la main droite placée sur le fond de l'abdomen vers le fond de l'utérus, presse doucement sur le siège, en le poussant du côté droit. La main suit le mouvement au fur et à mesure que le siège se déplace. La main gauche repousse en sens inverse la partie fœtale qui se présente. Lorsque le siège est abaissé, on accroche un genou, où on tâche de saisir le pied. Lorsque le pied est amené au col, Braxton Hicks, conseille d'attendre et de se comporter comme si c'était une présentation naturelle du siège avec procidence d'un pied. (Ribemont-Desaigne et Lepage. p. 1101.)

Quand à l'extraction du fœtus, les auteurs ne sont point d'accord, les uns abandonnent l'expulsion aux seules forces de la nature, les autres exercent de légères tractions ; quelques-uns ne craignent pas de recourir à la délivrance immédiate, même au prix des déchirures du col, ce qui est une pratique détestable.

Pour bien faire une version podalique, suivant le procédé de Braxton Hicks, nous allons donc avoir à étudier : 1^o dans quelle position il faut placer la femme ; 2^o le choix de la main ; 3^o son mode d'introduction ; 4^o la saisie du pied ; 5^o l'abaissement de ce pied.

1° Dans quelle situation doit-on placer la femme ? Les auteurs ne sont pas bien d'accord à ce sujet, les uns veulent qu'on la laisse dans son lit, le siège relevé par des coussins ; d'autres prétendent qu'on agit mieux la femme couchée sur le côté ; quelques-uns lorsqu'elle est dans la position genu-pettorale. Enfin et nous sommes de cet avis, pour la plupart, on est plus à l'aise lorsqu'on met la parturiente dans la position obstétricale.

2° Quelle main doit-on choisir ? Braxton Hicks se sert de la main gauche qu'il introduit dans le vagin. Madame Lachapelle conseille de se servir « de la main homonyme de l'épaule qui se présente, » excepté dans les dorso-postérieures où l'on veut brusquer la version et alors on se sert « de la main de nom contraire. Avec un placenta prævia, nous choisirons de préférence celle dont la face dorsale introduite dans l'utérus, repoussera le placenta vers son point d'implantation et empêchera par là même un décollement plus grand. La présence de la main d'abord et de l'avant-bras, entre la surface interne du placenta et la partie fœtale, servira de tampon, de ballon de Champetier de Ribes.

3° Comment introduire la main ? Quelque soit la main choisie, disposez vos doigts de façon à en former un cône allongé, un fuseau le plus effilé possible ; vous rencontrez un col dilaté ou dilatable. Si les membranes ne sont pas déjà rompues, faites la rupture larges ; si le placenta vient s'offrir à votre doigt décollez-le par le chemin le plus court et vous agissez sur les membranes comme tout à l'heure. Vous prenez la voie antérieure ou postérieure, la main en pronation si vous passez en avant, en supination si vous passez

en arrière, celle-ci est souvent la voie la plus facile et la plus fréquente.

Dès ce moment, votre main libre vient soutenir le fond de l'utérus pour l'empêcher de se relever.

Avec douceur, modération, sang-froid, allez quelquefois jusqu'au fond de l'utérus, et orientez-vous sur la partie que vous rencontrerez.

4^e Quel pied choisir ? Celui *sur lequel les tractions vont le mieux favoriser l'évolution du fœtus*, disent Ribemont-Desaignes et Lepage. *Le bon est alors celui qui est homonyme de l'épaule qui se présente*, dans les dorsales antérieures, l'autre dans les dorsales postérieures. L'image de la superposition de votre pied sur celui que vous trouvez, vous indique si vous l'avez. Mais si vous n'en trouvez qu'un et que ce soit le mauvais, résignez-vous, disent Farabœuf et Varnier, gardez-le, en vous rappelant les lois de l'évolution fœtale. Saisissez ce pied, au niveau des malléoles, entre l'index et le médius fléchis, l'un sur le talon, l'autre sur le cou-de-pied, et tirez sur lui en bas et en arrière, jusqu'en dehors de la vulve. Le cône allongé formé par cette jambe, remplacera auprès du placenta, le tampon que formait votre bras.

Alors suivant que vous le jugez nécessaire et suivant le degré de dilatation du col, laissez agir la nature, ou bien opérez des tractions douces, lentes et continues sur ce pied que vous cherchez à entraîner en bas et en arrière.

Le reste comme dans la version ordinaire, se termine par la manœuvre de Mauriceau.

La version bipolaire, nécessaire dans les présentations de l'épaule, est utile dans certains autres cas, pour terminer rapidement l'accouchement.

Dans les présentations du siège, mode des fesses ; on pourra se servir du procédé de M. Pinard pour l'abaissement prophylactif du pied. On saisit la cuisse fœtale antérieure en la portant en arrière et en dehors, en flexion et en abduction extrêmes, le pied tombe de lui-même sur le dos des doigts. (Rapport du docteur Potocki, Soc. obst. de France, 5, 6, 7 av. 1893). Ne jamais employer forceps, crochets ou doigt en crochet.

Avantages. — Au point de vue du médecin pratiquant à la campagne, ce procédé : 1° n'exige aucun instrument ; 2° Il n'est pas douloureux, puisque l'on opère sous le chloroforme ; 3° Il est quelquefois nécessaire.

Utilité. — 1 Dans les présentations transversales.

Dans les positions transversales, ce procédé a certainement sa raison d'être surtout chez la multipare, où l'on verrait bientôt se présenter une épaule avec ou sans procidence du bras, et où on se verrait obligé de recourir aux manœuvres de la version interne, surtout dans le placenta prævia, même avec un fœtus de grosseur moyenne.

La pression n'existant pas ou peu sur le placenta prævia, celui-ci continuerait à se décoller, et l'hémorrhagie, ainsi que la perte des forces de la parturiente, tuerait infailliblement le fœtus, et presque à coup sûr la mère, Cette volte, aucun médecin praticien ne s'exposerait à la faire ;

2° De la face. Quant aux présentations de la face avec placenta prævia, celles-ci étant tellement rares que nous n'avons jamais pu en trouver une seule observation, nous ne nous en occuperons pas. Pourtant, dans ce cas, on serait autorisé à employer le pro-

cédé suivant, appuyer d'une part sur la nuque à travers la paroi abdominale correspondante, d'une autre sur le menton, mais en sens inverse, pour la transformer en 'position du sommet. Au cas d'impossibilité, faire la version par manœuvres internes, en amenant un pied à la vulve.

Avant toutes manœuvres, on aura eu soin de vider et la vessie et le rectum.

Inconvénients. — 1^o Pour opérer ce procédé, il faut avoir un coldilaté ou dilatable, ce qui n'existe pas toujours.

2^o Le placenta, *prævia* pour le fœtus, l'est en même temps pour la main, d'où gêne pour l'opérateur, surtout lorsque ce placenta est plus ou moins central ;

3^o La main située dans l'utérus, peut être paralysée dans ses recherches par la tétanisation de l'utérus ou par ses contractions trop rapprochées ;

4^o En brusquant l'accouchement, on s'expose à la rupture de l'utérus, surtout chez les multipares. Si le col n'est pas suffisamment dilaté, on court le risque de le déchirer ;

5^o Si l'engagement est trop prononcé, on se trouve dans l'impossibilité d'y recourir ;

6^o L'évolution peut-être impossible ; la déflexion des bras le long de la tête peut survenir ;

7^o Sans chloroforme, l'opération est très douloureuse, mais pour le praticien le chloroforme ne se donne guère sans aide, et cet aide est souvent trop éloigné. D'ailleurs le chloroforme est dangereux et quelquefois il cause la mort.

8^o Comme dans le procédé de M. Pinard, en produisant trop brusquement la large rupture des membranes, on s'expose à la procidence du cordon ;

9° Avec ce procédé, la mortalité fœtale est considérable, 60 0/0, dit Auvard ;

10° Si on ne pratique que la version céphalique, il faut souvent se servir d'autres procédés, tels que forceps, double danger de septicémie ou de lésions ;

11° Elle ne produit pas toujours l'hémostase ; quelquefois au contraire, elle semble la favoriser (Auvard) ;

12° Elle produit quelquefois des syncopes.

PARAGRAPHE IV

De l'accouchement méthodiquement rapide ou de la méthode de dilatation bimanuelle de Tarnier et Bonnaire.

En 1894, M. le docteur Bonnaire avait à traiter comme sujet de thèse d'agrégation : « de la conduite à tenir auprès d'une femme enceinte en danger de mort ou après la mort. » Il se trouvait par là même amené à parler de l'accouchement méthodiquement rapide préconisé par Tarnier, procédé qu'il ne faut pas confondre avec l'accouchement forcé ou l'accouchement accéléré.

L'accouchement forcé relaté par Celse, puis laissé dans l'oubli pendant toute la période du moyen âge, reprenait vie plus tard avec Ambroise Paré qui le préconisait dans le placenta prævia, et surtout avec son élève Guillemeau, qui eut la bonne fortune de sauver ainsi la fille de son illustre Maître. Levret, lui aussi, l'accepte à son corps défendant, il est vrai, dans le même cas. Car l'accouchement forcé brusque la dila-

tation souvent avec délabrements parfois considérables de l'utérus, pour terminer ensuite l'accouchement avec violence.

L'accouchement accéléré est bien un peu celui de M. Bonnaire, ou de l'accouchement méthodiquement rapide, mais avec cette différence que d'après ce procédé, l'accoucheur active artificiellement la dilatation et que le rôle de l'accoucheur se termine lorsque la dilatation du col est un fait accompli.

Définition. — L'accouchement méthodiquement rapide à un autre but, lequel est d'intervenir et pour la dilatation et pour l'extraction du fœtus. En d'autres termes, l'accouchement méthodiquement rapide est celui dans lequel l'accoucheur provoque et pratique la dilatation extemporanée à l'aide des deux mains, puis termine immédiatement l'accouchement.

Eliot, enthousiasmé de ce procédé dit, après avoir passé en revue les autres méthodes de dilatation rapide : « Quand on se trouve aux prises avec les difficultés de la clientèle courante, et non plus dans une clinique ou un service hospitalier où l'instrumentation est complète, et où tout a été prévu, chacun de ces cas demande une assistance spéciale. Et combien d'entre nous, appelés pour faire un accouchement, possèdent tous ces instruments, où s'ils les possèdent, ne les emportent pas avec eux ? Pourquoi nous embarrasser d'instruments, quand nous avons avec nous, le meilleur de tous, nos doigts ? »

Harris de Paterson, Greenhalg, Tarnier, Bonnaire, s'en déclarent partisans dans les cas de placenta prævia. Maridort en a fait l'objet de sa thèse. Mortagne (in thèse) ne réserve ce procédé que dans les cas particulièrement graves. Son Observation III relate un

placenta prævia avec chute du cordon et présentation de l'épaule gauche. Son Observation IV (relatée dans la thèse de Maridort), est celle d'une grossesse gémellaire avec placenta prævia du premier fœtus se présentant par le siège, hydramnios du second et chute dans le vagin du premier placenta avant la sortie du 2^e fœtus. Son Observation V, nous présente une 13 pare de 34 ans avec placenta prævia, centre pour centre, et présentation de l'épaule. Et, ajoute-t-il, « avant d'en arriver à ce moyen radical, nous avons des moyens plus doux, et le praticien n'a que l'embaras du choix, injections chaudes, rupture des membranes, tampon vaginal ou intra-utérin, etc... La multiplicité de ces moyens, comme il arrive trop souvent en thérapeutique, ne veut pas dire qu'ils sont inefficaces. Il faut distinguer les cas, et suivant ces cas, chacun d'eux trouvera son emploi..... Avec un placenta prævia plus ou moins central, on peut essayer le tamponnement, et les services qu'il peut rendre sont indiscutables ».

Indications et contre-indications.— On doit pratiquer l'accouchement méthodiquement rapide :

1^o Chez les agonisantes, quelque soit la cause de la maladie, toutes les fois qu'il y a *un péril imminent* pour la mère (placenta prævia, infection en cours de travail, éclampsie grave, urémie, agonie), ou pour l'enfant (procidence d'un cordon irréductible).

2^o Après la mort, il y a avantage à substituer l'accouchement méthodiquement rapide à l'opération césarienne, à moins que la mort ne soit subite, auquel cas cette dernière est préférable.

Il y aura contre-indication, dans l'asphyxie occasionnée par un épanchement dans l'œuf, dans le péri-

toine, dans la plèvre, il en est de même pour les fibromes de l'utérus, les cancers du col, les viciations pelviennes avec fœtus vivant.

Pour faire un accouchement méthodiquement rapide, nous avons trois procédés à choisir : 1° celui de Rizzoli ; 2° celui de Harris ; 3° celui de Tarnier et Bonnaire. Dans les deux premiers on se sert de la face dorsale des doigts ; la sensibilité de cette partie de la main, étant moindre, nous ne nous occuperons que du dernier.

Nous tenons à faire remarquer que pour pratiquer son procédé, Harris dit qu'il faut absolument que le col ait subi un commencement de dilatation.

Manuel opératoire. — En voici le manuel opératoire. La femme doit être *anesthésiée profondément* et mise dans la position obstétricale, les cuisses fléchies au maximum. Une main, de préférence la main droite qui est la plus habile, est introduite toute entière dans le vagin ; l'index en produisant un mouvement de vrille, pénètre dans l'orifice externe franchit de la même façon le canal cervical, puis l'orifice interne du col. Là ce doigt fait un massage excentrique de tout le pourtour de cet orifice. Ce massage permet ensuite l'introduction d'un second doigt, l'index de l'autre main, qui mis dos à dos avec celui de la première, en le croisant produit les mêmes mouvements, effectue le même travail, de concert avec le premier.

Mais pour y arriver, une petite manœuvre est nécessaire, surtout lorsque le col est haut situé par défaut d'engagement. Un aide cherche à abaisser l'utérus, et pendant ce temps, les deux index dos à dos, introduits dans le col, vont prendre un point d'appui sur les parois cervicales, les distendent en travers, tout en les

attirant en bas et en produisant un mouvement de reptation. Les deux pulpes digitales glissent d'elles-mêmes au-delà de l'orifice interne et prennent sur lui une assise solide.

Les doigts forment alors une pince sensible dont le pivot est formé par les articulations métacarpo-phalangiennes adossées. Le col malaxé dans un de ses diamètres forme bientôt une boutonnière d'abord. puis en contournant les doigts dans tous les sens, les doigts toujours adossés, on produit une plus grande dilatation de l'orifice interne.

A côté de l'index droit, on introduit le médus droit ; donc, trois doigts adossés deux à un : qui agissent comme plus haut ; puis le médus gauche, d'où quatre doigts adossés deux à deux, et ainsi de suite, jusqu'à ce que par la dilatation, les doigts, produisant des tractions diamétralement opposées, puissent amener simultanément les lèvres du col jusqu'aux parois du bassin suivant ses différents diamètres.

De plus, M. Bonnaire cherche à imiter la nature ; il scinde, il coupe son intervention par des pauses ; par la pause, il fait subir un repos à l'utérus, et par le massage digitale du col, il reproduit les contractions intermittentes. Au sens propre, il fait réellement l'accouchement.

Le premier temps de l'accouchement est terminé ; reste l'extraction immédiate du fœtus.

Pour une présentation du sommet engagé ou non, on applique le forceps.

Pour une transversale on fait la version podalique avec abaissement d'un pied, de préférence l'antérieur.

Pour une présentation du siège on fait l'abaisse-

ment prophylactique du pied suivant la méthode de M. le professeur Pinard.

Au cas de placenta prævia partiel ou central, ce qui nous intéresse le plus, après avoir produit une dilatation suffisante pour l'introduction de la main, on décolle le placenta du côté où on sent les membranes aussitôt qu'on les rencontre, c'est-à-dire, près du bord du placenta et on va à la recherche du bon pied. Dans ce cas, l'enfant est il volumineux, on se contente de faire les deux premiers temps de la version et on abandonne l'expulsion aux seuls efforts de l'utérus.

Naturellement, il sera moins facile d'opérer ce procédé chez une parturiente où la besogne est à peu près faite et où, au lieu de deux orifices et d'un canal, il ne reste plus qu'un seul orifice à dilater.

Combien de temps faut-il avec ce procédé pour terminer un accouchement ? il est difficile de le dire trop d'éléments peuvent en faire varier la durée ; l'âge de la grossesse, l'état de primiparité ou de multiparité, la consistance plus ou moins ferme du col. Le placenta prævia ne serait pas un obstacle ; l'état d'inhibition du segment inférieur par excès de circulation interstitielle, rendrait l'ouverture du col plus facile. Dans ce cas, la durée totale de la dilatation, n'a pas dépassé un quart d'heure.

Ces manœuvres doivent toujours être aseptiques, prudentes, douces, continues, progressives et par là même rapides. La dilatation est due à la contraction progressive et non énergique de la pulpe des doigts ; l'effet en est modéré par leur sensibilité tactile. En cas de placenta prævia latéral, les doigts ne doivent

point entrer dans la cavité utérine au-delà de la première phalange qui se met en crochet.

Avantages. — 1^o Pas un procédé ne produit une dilatation aussi rapide ;

2^o La pulpe digitale est un instrument conscient, sensible à l'effet produit ;

3^o Le procédé peut servir dans tout le cours de la grossesse ou pendant l'accouchement, que l'enfant soit mort ou vivant, surtout dans les présentations transversales ;

4^o Il possède ce grand avantage dans les hémorrhagies du placenta prævia que les tractions étant continues, il rapproche le placenta de sa surface saignante et par son peu de durée diminue les chances de mortalité fœtale et maternelle.

Inconvénients. — Au point de vue du médecin de campagne et surtout dans les cas de placenta prævia, ce procédé, encore trop jeune pour être bien discuté, présente certains inconvénients :

1^o Il exige en effet du chloroforme à une forte dose. Nous en avons fait le procès à propos de la méthode de Braxton Hicks et de celle de Champetier de Ribes, nous n'y reviendrons pas ;

2^o De plus, il exige un aide et un aide intelligent et cet aide ne peut guère être qu'un confrère que l'on n'a pas toujours à ses côtés ;

3^o Il peut être cause de septicémie (Obs. II in thèse de Maridort) ;

4^o Il peut produire des déchirures du col et on avertit bien l'opérateur qu'au cas de sensation de craquements perçus, il faut déplacer les doigts.

A ce reproche, M. Bonnaire répond, que chez des femmes épuisées par des maladies graves ou un tra-

vail prolongé, la tonicité du col est singulièrement diminuée, sa résistance beaucoup moindre qu'à l'état normal. D'où il résulte, à notre avis, que si l'opération est facilitée par cette moindre résistance, la rupture du col arrivera plus facilement, de là de nouvelles hémorrhagies se reproduisant dans un tissu plus chargé d'artérioles ;

5° Il peut, par suite d'une trop rapide dilatation du col, amener une inertie complète du segment inférieur, d'où hémorrhagie *post partum*, accident terrible chez une femme déjà trop anémiée par les pertes antérieures. L'observation III de la thèse de Maridot, relate une hémorrhagie *post partum*, malgré que l'utérus fut bien retractoré. Elle céda à un tamponnement intra-utérin, suivi d'une injection d'ergotine.

Nous ne discuterons pas sur l'hémorrhagie qui s'est produite au cours du travail, l'insertion du placenta était centrale ; l'hémorrhagie était inévitable et l'on ne saurait en incriminer le procédé ;

6° Ce procédé est mis en pratique par un spécialiste dans l'art des accouchements, dans un hôpital où des aides intelligents ont tout prévu et tout préparé à l'avance ;

7° Ce procédé est très pénible pour l'accoucheur en raison de la longueur et de la continuité des efforts qu'il doit soutenir, de la disposition des deux mains dans une situation anormale ;

8° Chez une primipare où le périnée est encore bien résistant, ce procédé nous paraît assez difficile, ou bien il faudrait pouvoir, à une main délicate de femme, joindre les doigts effilés d'une pianiste. Il est vrai qu'avec l'anesthésie, on peut beaucoup entreprendre.

Quant à la statistique fœtale et maternelle, au cas de placenta prævia traités de cette façon, nous ne nous en occuperons pas. Les observations données jusqu'à ce jour, sont trop peu nombreuses pour en tirer d'autres déductions pratiques.

CHAPITRE II

MÉTHODE DE LEROUX OU DU TAMPONNEMENT

Le tamponnement a été connu de tout temps pour arrêter les hémorrhagies. Portal, Louise Bourgeois, Ronchin le préconisent. A Leroux de Dijon (1766), revient surtout l'honneur de l'avoir employé d'une façon méthodique et rationnelle. Aussi l'on a donné son nom à ce procédé perfectionné par Tarnier, à l'École de la rue d'Assas, grâce à l'application de l'antisepsie.

Opposer une digue à l'issue du sang hors des organes génitaux, tel a été le but de cette méthode.

Depuis Leroux, d'autres méthodes ont surgi avec leurs partisans : accouchement forcé de Guillemeau, arrachement total du placenta de Simpson, décollement partiel du placenta de Barnes, rupture des membranes de Puzos, esquissée par Mauriceau, perforation du placenta par Deventer, version par manœuvres externes de Wigand, version par manœuvres combinées de Braxton Hicks.

Toutes ces théories ont eu leurs chauds partisans, mais quelques unes seulement méritent d'être conservées, celles qui ont leur indication particulière. Ainsi le décollement partiel de Barnes méritera de vivre, pour les partisans de la rupture des membranes dans le cas de placenta prævia recouvrant plus ou moins

le col. Celle de Wigand est admise par tous les accoucheurs sans exception, au cas de présentation transversale pour ramener le fœtus en position verticale, siège ou sommet. Si l'on ne peut réussir grâce à ce procédé doux, on pourra avoir recours au procédé par manœuvres mixtes, suivi de l'abaissement d'un pied ou à l'accouchement extemporané de Bonnaire au moment de l'accouchement.

Ces différentes méthodes ont donc leur indication spéciale. Simpson ayant rencontré plusieurs cas où le placenta venant avant le fœtus, *filius ante patrem* d'A. Paré, cas signalé par Hippocrate lui-même, de *de morbis mulierum*, avait remarqué que l'hémorrhagie cessait, après expulsion de la délivrance ; croyant d'un autre côté que le sang qui s'épanchait au dehors, venait du placenta et non des sinus utérins béants, il avait été amené à proposer le décollement total du placenta, dans le cas de *prævia*. La source de l'hémorrhagie étant mal interprétée, ce système devait avoir peu de partisans.

En ce moment deux méthodes surtout résistent en France : 1^o la méthode de Puzos, mal interprétée par lui, mieux étudiée dans son but, ses causes et ses effets par M. le docteur Pinard ; 2^o le tamponnement vaginal aseptique de Leroux soutenu par Tarnier.

Le tamponnement sera donc souvent employé, étant prouvé par les statistiques que les présentations du sommet sont de toutes les plus fréquentes dans les hémorrhagies avec placenta *prævia*.

Définition. — Qu'est-ce donc que le tamponnement vaginal aseptique ? De quoi se compose-t-il ? comment l'emploie-t-on ?

Par tampon on entend tout tissu (1) aseptique introduit dans le vagin en vue non pas d'opposer une digue à l'afflux extérieur du sang, mais bien d'arrêter définitivement l'hémorrhagie tant interne qu'externe.

Pour faire un bon tampon, il faut : 1° de l'ouate aseptique ; 2° du fil aseptique ; 3° un corps gras également aseptique ; 4° une simple pince hémostatiques ou à polypes ; 5° un bandage en T. Et c'est tout le spéculum, les valves ne sont même pas nécessaires, elles sont gênantes.

Ces tampons sont faits à l'avance gros comme une noix, trempés dans une solution antiseptique, acide phénique au 1/50^e, bichlorure de mercure à 0.25 pour 1000, et bien exprimés puis tassés dans du cérat

(1) Nous pourrions dire tout corps solide ou liquide à cause du récent procédé de sérum artificiel gélatinisé, indiqué par M. Paul Carnot dans la *France médicale*, à propos des hémorrhagies à répétition et dont M. le Professeur Siredey a communiqué récemment à la Société médicale des Hôpitaux, onze observations de cas graves traités de cette façon. La formule de ce sérum est la suivante. Chlorure de sodium 7 gr. E. dist. 1 litre, gélatine 5 à 10 0/0. Stérilisé à l'autoclave au dessous de 103°. Conserver le flacon bien bouché ; la préparation doit rester transparente et pour s'en servir, la liquéfier en trempant le flacon dans un bain-marie chaud. Ce procédé, à la portée du praticien, se recommande par sa simplicité, son innocuité absolue, et son incontestable efficacité dans la plupart des hémorrhagies. Nous ne croyons pas qu'il puisse bien servir dans les hémorrhagies du placenta prævia. Si la préparation est trouble, il ne faut pas s'en servir ; et n'employer le liquide que lorsqu'il est tiède. Cependant M. Dalché a signalé récemment, à la Société médicale des Hôpitaux, un grave inconvénient à ce procédé. Si l'hémorrhagie se produit au fond de l'utérus, l'application de cet agent hémostatique, au milieu du col peut déterminer la formation d'un caillot dur, qui distend le col et devient la cause de douleurs très-vives ; la malade doit accoucher de son caillot ou celui-ci pourra se putréfier.

aseptique, dans de la vaseline boriquée ou de l'huile d'olives stérilisée ou phéniquée.

Actuellement à la place de l'ouate, on préfère la gaze stérilisée ou iodoformée ; on emploie même la charpie faute de mieux ; on s'est servi de morceaux de linge, de mouchoirs, mais ces objets sont généralement abandonnés. On peut se servir de paquets de gaze antiseptiques, longue de 1 mètre qu'on introduit les uns après les autres sans se servir de corps gras.

Il faut faire 40 à 60 tampons, *plein en chapeau à haute forme*, disait Tarnier, de la grosseur d'une noix, et employer 5 ou 600 gr. de cérat ou de vaseline. Ceci fait, vous attachez 30 bourdonnets en queue de cerf volant à quelques centimètres les uns des autres. Le reste est pour obturer le vagin jusqu'à l'ouverture extérieure du canal vaginal.

Manuel opératoire. — Toutes précautions antiseptiques prises, après avoir vidé la vessie et le rectum, vous placez bien doucement la femme en position obstétricale ; l'opérateur est entre les jambes de la parturiente.

L'opérateur est assis ou debout de façon que les bras légèrement collés le long du corps, l'avant-bras perpendiculaire à l'axe de celui-ci, les mains se trouvent au niveau des organes génitaux de la femme.

Vous faites une bonne injection chaude à 48°, au sublimé, à l'acide phénique, à l'acide borique si la femme est albuminurique ou même simplement à l'eau bouillie ; deux à trois litres ne sont pas de trop. Nous insistons à dessein sur la quantité de liquide qu'il faut faire passer dans le vagin, autant pour favoriser le coagulum du sang que pour faire la toilette de la femme

(les strepto, les staphylo, les gonococcoques faisant acte de domicile dans le vagin et pouvant être entraînés au dehors par le courant rétrograde) ; puis toilette au savonnage de la vulve, du pli crural, du périnée, toilette de vos mains, de vos ongles avec une brosse dure. avec une solution antiseptique ou avec l'alcool. Mêmes précautions pour la pince que vous flambez à l'alcool.

Vous priez un aide de vous apporter le vase aseptique dans lequel sont vos bourdonnets de charpie, ouate ou mieux gaze. Dans le vagin vous introduisez deux doigts de la main gauche, l'index et le majeur, et au besoin l'annulaire.

Avec votre pince vous introduisez le premier bourdonnet dans le col lui-même, si la dilatation n'est pas commencée, puis le second, le troisième que vous tassez légèrement. Vous couronnez le col avec ceux qui suivent, puis les culs-de-sac.

Vos doigts vous indiquent mieux les endroits non garnis que ne ferait la lumière la plus intense. Vous appliquez ainsi tous vos bourdonnets réunis en queue de cerf-volant. Vous garnissez le vagin avec le reste et placez un bandage en T sur le tout. La bande qui fera le tour du corps sera tenue assez serrée pour donner un point d'appui à l'utérus lors des contractions, et faire descendre le sommet, s'il ne l'est déjà.

Remettez la femme dans son lit et surveillez. Vous préparerez immédiatement un autre tampon au cas de besoin.

Combien doit-on laisser de temps le tampon en place ? Je le laisse jusqu'à ce que *ça pue ou que ça sue*, disait Pajot. On l'a laissé 24, 48 heures et plus. Généralement, on est d'accord actuellement pour le

laisser de 8 à 12 heures, à moins que l'hémorrhagie ne persiste, auquel cas on le renouvelle. Mais avant de procéder à cette nouvelle opération, on débarrasse le vagin des caillots qu'ils peut contenir ; on fait une injection chaude et on pratique le toucher pour voir si le travail a commencé. Alors on peut recourir à la méthode de Pinard, en cas de présentation du sommet engagé, attendre les résultats et réappliquer le tamponnement, si besoin est. On aura encore recours à la méthode de la rupture avec une présentation du siège, à condition d'aller ensuite chercher un pied, de préférence l'antérieur.

Depaul dit qu'il ne faut enlever le tampon qu'au moment des coliques d'expulsion. Pajot veut le laisser si l'enfant est mort ; Bailly pense de même. Il nous semblerait plus rationnel de l'enlever au moment des premières coliques expultrices, lorsque le col est à peu près complètement entr'ouvert.

Effets. — Dans les présentations du sommet que nous avons le plus particulièrement en vue dans tout le cours de ce travail, et qui sont les plus fréquentes, le tampon avec un placenta proevia latéral agira du côté du vagin, comme agent de soutènement, le cuir chevelu sera l'agent de compression du côté de l'utérus ; il y aura vraiment vis a fronte d'une part, vis a tergo de l'autre, compression de la surface saignante, et cessation de l'hémorrhagie.

Tout corps étranger mis dans une cavité, entraîne une excitation des parois de cette cavité surdistendue et comme à ce moment l'utérus, avec ses coliques indolores, n'attend qu'un agent stimulateur pour transformer le travail indolore des derniers mois en coliques douloureuses de la parturition, ce tampon

entraînera un travail du côté du col ; celui-ci se dilatera et l'accouchement pourra se terminer.

De l'antagonisme que rencontre ce procédé. — Pourquoi donc dans cette méthode a-t-elle rencontré tant de résistance parmi les artisans de la Jeune École ? Pinard, qui lui est complètement hostile, l'a bannie à tout jamais de sa pratique.

On lui reproche de nombreux méfaits si nous en croyons la thèse d'Abd-El-Nour.

Ce pelé, ce galeux...

serait la cause de tous les maux, la cause de toutes les terminaisons fatales, aussi bien pour le fœtus que pour la mère. Dans toutes les observations relatées par Abd-El-Nour, était-il employé seul ?

Les reproches qu'on fait à la Méthode de Leroux, sont les suivants :

A. D'après Mlle Berta Dyllion, élève de M. Pinard.

1° Il n'arrête pas toujours les hémorrhagies ;

2° Il produit la septicémie ;

3° Il n'excite pas les contractions utérines ;

4° Après les contractions, il ne remonte pas avec l'utérus, laissant un vide que rempliront des caillots ;

5° Il est douloureux ;

6° Il produit le ténesme vésical et rectal ;

7° Il produit une mortalité fœtale et maternelle plus grande que certains autres procédés ;

8° Il serait difficile à exécuter ;

9° Pour M. Pinard, c'est un procédé de nécessité mais non de choix (*Echo Médical* 1888).

B. D'après Camille Juge, qui fit sa thèse sur le procédé de M. Champetier de Ribes.

1° Il expose à la contusion, à la compression des parties molles du bassin, à la déchirure du périnée ;

2° Il transforme l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne ;

3° La partie fœtale s'engage mal ou pas du tout ;

4° Le gâteau placentaire comble une partie plus ou moins forte de l'excavation pelvienne ;

5° Il n'y a point d'aide à l'action compressive des bourdonnets.

C. Abd-El-Nour, dans sa thèse, dit :

1° Si l'hémorrhagie est de moyenne intensité le tampon peut être remplacé avantageusement ;

2° Si l'hémorrhagie est grave, il est inefficace, il est même dangereux, car il laisse l'accouchement traîner en longueur, et cache à l'accoucheur la réalité de la continuation de la perte. L'accoucheur est obligé de le retirer de temps en temps pour surveiller le travail de la dilatation ; il multiplie les manipulations et par tout augmente les chances d'infections. Dans les cas graves, il a fallu le remplacer par d'autre méthodes qu'il serait préférable d'employer de prime abord. (Lesquelles ? Il n'en dit rien) ;

3° Il a pour résultats immédiats une mortalité maternelle de 12 à 40 % et fœtale de 60 à 90 % ;

4° A la suite du tampon, on trouve de l'hyperthermie et des accidents prouvant une invasion microbienne due aux manipulations du tampon, et des parties plus ou moins septiques qui le composent ;

5° Le tampon devrait être rejeté dans la pratique, parce qu'on ne sait pas le faire comme dans les sanctuaires hospitaliers consacrés officiellement à son culte.

6° Enfin il conseille les autres méthodes qui font

tomber la mortalité maternelle à 5 ou 6 ‰ (mais il n'en indique aucune.)

En résumé. Ces méfaits du tampon, seraient les suivants, en commençant par les plus graves, s'ils étaient réels ;

- 1° Il n'arrête pas l'hémorrhagie ;
- 2° Il produit la septicémie ;
- 3° Il transforme l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne ; il cache la réalité ;
- 4° Il n'accélère pas le travail ;
- 5° Il produit la douleur du ténesme rectal et vésical ;
- 6° Il expose à la contusion, à la compression des parties molles et à la déchirure du périnée ;
- 7° Il produit une mortalité fœtale et maternelle trop considérable ;
- 8° Il est difficile à bien appliquer.

Les autres griefs se rangent à peu près tous, plus ou moins, sous les chefs d'accusation précités.

Examinons les un à un et voyons s'ils sont bien fondés.

1° Il n'arrête pas toujours l'hémorrhagie

Le fait est certain ; aucun défenseur de ce procédé n'a jamais cherché à prouver le contraire. Mais, quelle est donc la méthode préconisée jusqu'à ce jour, qui arrête infailliblement l'hémorrhagie du placenta prævia ? Est-ce la méthode de Pinard avec sa large déchirure des membranes ? Pourtant, il l'avoue lui-même.

Nous trouvons dans la thèse de mademoiselle Dyllion, les aveux suivants : « Malgré la déchirure « large des membranes, l'hémorrhagie peut persister « dans certains cas, ou plutôt se manifester au moment « de l'accouchement par exemple. Le fait est incon- « testable et nous ne pouvons le nier. » Et plus loin

« la déchirure large et artificielle des membranes, si
« efficace pour arrêter l'hémorrhagie de la grossesse
« peut-être impuissante à arrêter l'hémorrhagie qui se
« produit pendant le travail. » Et elle explique ces
hémorrhagies par la pression directe de la partie
fœtale sur le placenta, ou une présentation mauvaise.
Et visant les objections que l'on fait à cette méthode
à propos de l'efficacité, elle ajoute : « On a constaté
« que, au moment de l'expulsion du fœtus, l'hémor-
« rhagie avait lieu, mais la faute en est-elle à la mé-
« thode, et non plutôt à la tête qui repousse devant
« elle le placenta ? » Nous sommes de son avis quand
elle ajoute : « qu'il ne faut pas demander à une mé-
« thode plus qu'elle ne peut donner et qu'elle n'a la
« prétention de donner. »

Ces aveux méritent donc bien d'être consignés. Les
Observations V et VI de sa thèse nous prouvent que
souvent avec ce procédé, il faut recourir à d'autres
moyens, puisqu'il ne suffit pas pour tous les cas.
(Placenta central dans l'Obs. V, présentation du siège,
mode des fesses, dans l'Obs. VI.)

Camille Juge (in thèse), à propos de son Obs. V,
nous dit qu'on aurait eu d'aussi bons résultats avec
le tampon, avec le ballon, qu'avec la rupture seule; il
s'agissait d'une présentation du sommet avec le pla-
centa prævia latéral. C'est un aveu de plus en faveur
du tampon. Dans son Obs. VI, nous voyons que malgré
la rupture, les cotylédons se présentent et que l'hémor-
rhagie continue.

Dans la thèse de Bertrand, nous lisons, Obs. VI,
que, malgré la perforation des membranes, il y a un
léger suintement de sang; dans l'Obs. IX, nous trou-
vons une chute du cordon avec présentation du siège;

dans son Obs. XII, une hémorrhagie, malgré la rupture.

Nous pourrions multiplier les faits de ce genre.

Examinons maintenant le procédé de Champetier de Ribes. Ne mérite-t-il pas, aussi lui, le même reproche ?

Et d'abord, nous tenons à faire remarquer que, pour introduire le ballon, il faut pratiquer une large rupture des membranes. Est-ce le procédé de Champetier de Ribes qui prévaut dans ce cas ? Ne serait-ce pas plutôt les deux procédés surajoutés ? Quelque soit l'opinion qu'on se forme, on ne peut en tirer que cette conclusion : C'est que quelquefois, deux bonnes méthodes ne sont pas toujours suffisantes pour arrêter une hémorrhagie.

En effet, avec son Obs. II, Camille Juge (in thèse), nous prouve qu'après un tamponnement, le ballon introduit dans le vagin, sans rupture des membranes n'empêche pas l'hémorrhagie. Il en est de même pour son Obs. IX, nous y voyons même, que, après l'expulsion spontanée du ballon, la perte s'arrête. Dans l'Obs. XIII, le ballon est intra-ovulaire, l'hémorrhagie reprend et la présentation (bonne) du sommet se transforme en présentation (mauvaise) du siège. Dans l'Obs. XVIII, le ballon intra-utérin n'empêche pas l'hémorrhagie après le 2^e fœtus.

L'Obs. I, de Démelin, reproduite in thèse Bertrand, et in thèse Bourdier, nous apprend que le ballon est expulsé avec des caillots de sang.

Non seulement le ballon n'arrête pas toujours l'hémorrhagie, mais il en est quelquefois la cause.

L'Obs. X, de la thèse de Bourdier nous apprend que pendant la manœuvre d'introduction, il se pro-

duit une forte hémorrhagie. Blacker vit, chez une de ses malades, se produire une hémorrhagie grave au moment de l'introduction du ballon.

D'ailleurs, Camille Juge avoue que le tampon est un bon moyen puisque bien appliqué, il n'échoue que 24 fois sur 100. Cette statistique est assez belle pour nous encourager à appliquer ce procédé, étant donné le peu de fréquence des placentas prævias, et que dans le placenta prævia d'après Mlle Dyllion, 67 fois pour 100 nous trouvons un sommet, 20 fois pour 100 le tronc et 12 fois pour 100 le siège, celui-ci s'adaptant moins bien au détroit supérieur à cause de son volume et de son irrégularité.

Les manipulations nécessitées pour le procédé de Braxton Hicks, ne sont pas non plus, exemptes de danger ; souvent l'hémorrhagie se produit au moment de la sortie du pied.

La méthode de Durrhsen, avec ses débridements du col, est une méthode détestable dans le placenta prævia, parce que, aux hémorrhagies du décollement placentaire, elle ajoute celles du col. De plus elle produit une plus grande chance de septicémie, les plaies étant encore rapprochées du vagin où foisonnent les microbes.

En résumé, aucune méthode ne doit revendiquer l'honneur d'arrêter infailliblement les hémorrhagies. La méthode de Pinard n'est efficace que pour les hémorrhagies de la grossesse, le ballon ne peut servir que lorsque le travail est commencé. Le procédé du tamponnement a un champ opératoire beaucoup plus étendu ; on peut l'employer pour les hémorrhagies des six premiers mois, pour celles des trois derniers, pendant l'accouchement, pendant le *post partum*.

Il est très utile dans les hémorrhagies du col (déchirures, carcinomes), dans celles de l'utérus, (métrorrhagies, ménorrhagies de la ménopause) dans celles des fibromes avec ou sans complications de grossesse, dans celles de la caduque (Schatz, VII^e Congr. de la Soc. All. de Gyn., 10 juin 1897), avec ou sans môle hydatiforme.

L'emploi du tamponnement est donc beaucoup plus étendu que celui des autres méthodes et le rejeter systématiquement serait s'exposer à de nombreux déboires. Et bien que n'étant pas infailible, il donne quand il est bien appliqué, des résultats aussi favorables que les autres méthodes.

2^o *Le tampon est cause de septicémie.*

C'est là, croyons-nous, le plus grave reproche que l'on puisse faire au procédé du tamponnement.

Mais avec une hémorrhagie par placenta prævia deux cas peuvent se présenter dans la pratique journalière, et (a) ou bien la femme est vue pour la première fois, (b) ou bien elle a été vue antérieurement. (Leçons de Varnier, *Anjou médical*).

a) Dans le dernier cas, les précautions antiseptiques ordonnées par le médecin, le mettront à couvert contre les attaques dirigées contre lui ; toilette de la vulve, du périnée, du vagin, injections d'eau bouillie à 48°, quotidiennes, abondantes, trois ou quatre litres ne sont pas de trop ; grands bains, si faire se peut, à l'acide phénique, au carbonate de soude, antisepsie telle qu'on la pratique dans les hôpitaux, telle que la préconise Lefour à la Maternité de Bordeaux (Congrès de Gyn. d'obst. et de Pédiatrie, Bordeaux, 1895). Mais il faut l'avouer, à la campagne, le cultivateur, le journalier, le pauvre inscrit sur la liste de l'Assistance

médicale, et tous ces gens sont légion, peuvent-ils facilement se procurer une baignoire? Hélas! trop souvent, nous sommes obligés de constater que nos ressources ne sont pas proportionnées à nos multiples besoins.

b) Si la femme est vue pour la première fois, il faudra pourtant bien se rendre compte de *visu*, de *tactu* de la cause de l'hémorrhagie. Celle-ci peut provenir de rupture de varices vulvaires au cours d'une grossesse (Démelin) (auquel cas le tampon ferait l'effet d'une ligature dans la saignée), des parois du vagin, du col, du placenta prævia ou non du placenta albuminurique, etc... Toutes précautions prises par l'opérateur, il vous faudra nécessairement pratiquer le toucher.

Mais, en présence de nos connaissances actuelles et de la difficulté d'une asepsie ou d'une antisepsie absolue, êtes-vous certain que votre doigt, même ganté d'un corps antiseptique, ne sera pas la cause de l'infection qui germera plus tard sur une plaie béante? Êtes-vous certain que tous les replis vaginaux sont indemnes de microbes que vous allez charrier plus loin? Êtes-vous certain de l'asepsie de votre ballon, de votre pince, de tous les objets dont vous pouvez avoir besoin? Car peu de praticiens ont l'étuve et l'autoclave dans leur cabinet.

Examinons encore le milieu dans lequel on opère. Koch nous dit que le caillot sanguin est un milieu de culture admirable pour la colonisation des microbes. Partant de là, la tache de sang, située près de la vulve sur le linge de la parturiente, sera le lieu d'excellentes cultures microbiennes, étant donné que d'après nombreux auteurs, le vagin foisonne en microbes de toutes

sortes, ou qu'en découvrant la femme, les microbes de l'atmosphère ambiant puissent venir se déposer et se multiplier sur cette tache, et combien est prompt leur multiplication !

Ajoutez à cela que, dans les hémorrhagies du placenta prævia, la parturiente, par la continuité, la répétition des hémorrhagies, se trouve plus apte à se ressentir de près ou de loin, des effets de l'adjonction de toute la série microbienne. La femme, en effet, est dans ces cas, dans un état d'infériorité, elle est un *locus minoris resistantiæ*, elle ne pourra lutter avantageusement contre les ennemis, ses globules blancs ayant diminué d'une façon considérable. Ne voit-on pas fréquemment à la suite des entérorrhagies des typhiques, ces phlébites qui viennent surprendre le praticien, au moment où il donnait tout espoir de salut à la famille et au malade ? L'hémorrhagie intestinale est la cause principale de l'insuffisante résistance de l'organisme à l'empoisonnement microbien, et la plaque de Peyer est le lieu d'élection de l'absorption du poison se manifestant à distance.

Passons maintenant à la stérilisation du champ chirurgical. Cette stérilisation se fait actuellement de deux façons : 1^o par les agents chimiques (antisepsie) ; 2^o par les agents physiques (asepsie).

Agents chimiques. — Ces agents sont le sublimé, l'acide phénique, le biiodure de mercure, le permanganate de potasse, l'acide borique, etc., et les connaissances bactériologiques actuelles ont prouvé qu'elles ne donnent aucune sécurité absolue, quelque soit l'agent employé. En effet, un liquide albumineux, véritable cuirasse, protège les bactéries infectieuses contre les attaques du dehors, contre les agents chimiques.

Nous n'en voulons pour preuve que l'expérience suivante : un catgut stérilisé au sublimé, plongé dans un bouillon de culture, n'enfante aucune colonie. Enlevez lui ce sublimé et vous voyez le bouillon en fournir de nombreuses et magnifiques. Supposons ce catgut stérilisé au sublimé et servant, *verbigratiâ*, à une suture intra-abdominale, malgré l'habileté du chirurgien malgré les précautions antiseptiques, vous aurez des accidents. Car ce que nous avons fait expérimentalement dans le bocal en enlevant l'antiseptique, les liquides de l'organisme par leur renouvellement incessant, par leur contact prolongé, le feront dans l'excellent milieu de l'organisme humain. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet.

Non seulement les microbes ne sont pas détruits par les antiseptiques, mais ils s'accommodent même aux milieux dans lesquels ils se trouvent, ils s'y acclimatent. Guttman, Esmarch, Kossiakof, Reverdin, Roux et beaucoup d'autres en ont cité des exemples. Et Vinay ajoute, qu'il s'agisse de pratique chirurgicale, stérilisation du champ opératoire du matériel de pansement, désinfection des linges, il y aura toujours des doutes sur la réalité de la suppression des germes.

Les antiseptiques, loin d'être indemnes, sont sujets à causer des accidents, et ils ne devraient servir qu'à maintenir la stérilisation des substances rendues aseptiques par l'action des agents physiques. L'antiseptie qui a rendu des grands services à la chirurgie et à l'obstétrique doit céder le pas à l'asepsie.

Agents physiques. — L'asepsie par la chaleur annihile les microbes et les spores, à condition de maintenir la température élevée, pendant un temps suffisant.

Deux procédés sont en usage, l'asepsie par chaleur humide et l'asepsie par chaleur sèche.

a). L'asepsie par chaleur humide, ou à l'autoclave se produit de deux façons. L'une consiste à mettre dans l'autoclave à 120° pendant trois quarts d'heure les objets à stériliser, crins de Florence, soies, compresses, drains. L'autre ou stérilisation discontinue, ou méthode de Tyndall, pratique pour le catgut, les éponges, les sondes, le coton, consiste à maintenir ces objets pendant une ou deux heures par jour et pendant une période de quatre à dix jours, à une température de 60 à 80 degrés.

b). L'asepsie par chaleur sèche, à l'étuve, pour être réellement efficace, doit être portée à une température de 160 à 180° pendant une heure ; elle n'est guère employée que pour les instruments qui peuvent se détériorer au contact de la vapeur d'eau.

En présence de tant de difficultés pour obtenir et l'asepsie des instruments et l'asepsie du champ opératoire, que devra faire la praticien, qui ne peut agir dans un milieu stérile ?

Avec Tarnier, (Congrès de Bordeaux. 5 oct. 1895) qui résumait une discussion de M. Chaleix lequel prétendait que le tamponnement était cause de la colonisation des microbes dans le vagin, nous dirons : « Le meilleur traitement est « la prophylaxie » Tout le monde est d'accord sur ce point, mais pour y arriver, chacun prend des chemins différents. Les uns disent : il ne faut pas toucher, faites le palper ; d'autres disent : le meilleur antiseptique, c'est le mucus vaginal : d'autres, que le mucus vaginal est bien chargé de microbes pour un antiseptique, et ceux là loin de laisser le vagin tranquille, le lavent, le désinfectent, le sté-

rilisent. Et pourtant, quelque soit le moyen employé, on arrive à de bons résultats. Donc, assurez la prophylaxie par le moyen que vous voulez, mais assurez-là.

Le procédé du tampon n'est donc pas, dans les hémorragies du placenta prævia, cause de la septicémie chez la parturiente. La cause, il faut la chercher ailleurs ; 1^o du côté du médecin : le toucher ; et les manœuvres multiples ; 2^o du côté de la femme : permanence dans le vagin de tous les microbes, (gonostaphylo, etc ...) ; 3^o du côté de l'entourage : manque d'asepsie des mains, des linges, des objets servant au besoin de la malade.

Le procédé de Pinard nous semble mériter un reproche sinon plus grand, au moins équivalent à celui qu'on adresse au tampon. Nous savons que, tant que l'œuf est intact, son contenu se trouve dans un parfait état d'asepsie ; le fœtus peut mourir et se macérer, mais il ne peut se putréfier. Nous en avons vu tout récemment un cas chez une primipare atteinte d'éclampsie gravidique, chez laquelle le fœtus mort après les convulsions resta environ un mois dans l'utérus ; il était macéré mais non putréfié, parce que les membranes étaient restées intactes jusqu'au moment de la parturition.

Nous pourrions encore citer le cas suivant : M^{me} X., tertipare, n'a eu pendant tout le cours de sa grossesse aucun accident, aucun malaise. Rien du côté des sommets, rien du côté des reins : huit jours avant le terme de sa grossesse, elle ne sent plus son enfant qui venait mort huit jours après avec un cordon trop court passé en sautoir sur le cou et sous le bras. Ces deux accouchements eurent lieu normalement sans fièvre. Et pourtant dans les deux cas le liquide amnio-

tique avait une odeur fétide due à la présence du méconium.

Pour que le fœtus puisse entrer en putréfaction, il faut communication de l'air avec le liquide amniotique donc rupture des membranes. Si donc avec un placenta prævia vous pratiquez trop prématurément la rupture, et que l'accouchement tarde à se faire, qu'arrivera-t-il ? Vous ouvrez la porte à l'infection et à la putréfaction.

Vous ouvrez la porte à l'infection, parce que vous n'êtes jamais complètement sûr de l'asepsie des organes génitaux, ni de vos doigts, qui peuvent porter les colonies bactériennes du vagin jusque dans l'utérus. * Vous provoquez la putréfaction du fœtus, puisque vous n'êtes jamais certain que l'accouchement se produira immédiatement.

Auvard rapporte le cas d'un médecin qui en face d'une hémorrhagie se servit de sa perruque comme tampon, mais il n'ajoute pas s'il y a eu septicémie. — Maridort rapporte celui d'une servante qui à la suite d'un avortement provoqué, ayant une hémorrhagie violente, se tamponna avec de la terre ; et il n'y eut aucun inconvénient grave.

Que le tamponnement soit fait d'une manière aseptique, suivant le précepte de Tarnier, même avec une rupture prématurée des membranes, et l'on a toute chance de sauvegarder la mère contre l'infection consécutive. Si le praticien a agi, suivant la nécessité du moment, avec toutes les précautions possibles, il n'est plus responsable des accidents postérieurs à son intervention, que la ouate provienne de chez le pharmacien ou de chez son fournisseur, il ne doit, ni devant la justice de son pays, ni devant la critique de ses con-

frères, justifier du moyen employé, quelque brutal qu'il paraisse, si le procédé employé est couvert par l'autorité de maîtres compétents en la matière.

3^e *Il transforme l'hémorrhagie externe en hémorrhagie interne.* Au premier abord, ce grief semble tout à fait mérité. Quel est en effet le but du tampon, sinon d'opposer une barrière, une digue formée de moëllons à l'issue extérieure du sang ; et lorsqu'on produit un barrage sur un ruisseau, il s'en suit que l'eau s'accumule en amont lorsqu'elle disparaît ou diminue en aval.

La comparaison qui vient s'offrir immédiatement à l'esprit au sujet du tampon, est-elle bien juste ?

Comme l'a fait remarquer M. Pinard, l'hémorrhagie provient, et 1^o, par le fait du tiraillement du chorion sur le placenta par la partie fœtale qui se présente, et 2^o, par l'ampliation du segment inférieur ou le glissement du col sur le placenta, deux forces entraînant le placenta l'une d'un côté, la seconde en sens inverse, ayant pour résultat, le décollement du placenta. Il perd ses adhérences à l'utérus, et les sinus béants de cet organe n'ayant plus de digue, déversant à pleins flots le sang qu'ils contiennent, continuent d'en recevoir pendant le repos, pour le repousser au dehors au moment de la contraction qui est le coup de piston.

Ces deux actes de la fin de la grossesse, l'ampliation du segment inférieur de l'utérus, et le tiraillement du chorion vont de pair, et font cause commune pour créer de toutes pièces l'hémorrhagie.

Avec une présentation du sommet, que l'œuf soit intact ou non, les liquides étant incompréhensibles, deux forces contraires mais d'inégale intensité, se trouveront en présence, séparées par une sorte de

mur, le col ; ces deux forces sont d'une part le chorion pressé par le cuir chevelu glissant sur le sommet, d'autre part le tampon, renforcé lui-même et par le bassin dur et par le bassin mou, élastique. Vis à fronte d'une part, vis à tergo de l'autre.

Avec un placenta plus ou moins central, l'hémorrhagie est inévitable ; et il ne faut pas en accuser le tampon, mais bien la situation du placenta. Mais avec un placenta plus ou moins latéral, la déchirure des membranes se produira plus ou moins loin de lui en raison directe de la distance entre son point d'implantation et l'anneau de Bandl. Grâce au tampon, l'hémorrhagie deviendra évitable.

Dans le premier cas, le sommet repoussera bien un peu en avant, et en même temps en dehors, cet organe mis sur la route que doit parcourir le sommet ; mais dans le second la propulsion n'aura pas lieu, mais bien le rejet de cet organe en dehors, le long des parois dures du bassin. Et dans les deux cas, il y a au moins soutènement de l'organe et de l'œuf et juxtaposition constante du tissu utéro-placentaire, surtout lorsque l'accouchement ne paraît pas devoir se produire de sitôt.

Qu'il y ait au fond quelques bourdonnets rougis par le sang, quoi d'étonnant, puisque souvent on applique les premiers au moment de l'hémorrhagie ; que le tampon tout entier soit teinté de sang, est-ce là une réelle hémorrhagie ? Non. L'hémorrhagie si difficile à délimiter, est redoutable par sa quantité, par sa répétition, par sa continuité.

Le reproche précédent a été imputé sous d'autres termes. Ainsi on dit que le tampon laisserait un vide entre lui et le col. Mais pour laisser ce vide, il faut

une cause. Ou bien les premiers bourdonnêts n'ont pas été bien tassés et alors la faute retombe sur le praticien et non sur le procédé ; ou bien il y a des coliques d'expulsion, et alors le périnée distendu revient sur lui-même, grâce à l'élasticité et à la rétractilité de la fibre musculaire du bassin mou, relève le tampon au fur et à mesure que le sommet remonte au-dessus du détroit inférieur. Il n'y a pas de vide réel, il n'y a qu'une cavité virtuelle. D'ailleurs à ce moment, il est grand temps d'enlever le tampon, de pratiquer la rupture, si déjà elle n'a eu lieu. A notre avis, le tampon, à ce moment, serait plutôt nuisible qu'utile, en empêchant l'engagement et la rotation de se produire. Tel n'est pas celui de Depaul.

Le tampon bien appliqué, bien tassé, ne mérite donc pas le reproche de cacher l'hémorrhagie.

4° Il n'accélère pas le travail.

Il ne produit pas de contractions utérines ; nos observations personnelles et celles fournies par M. le professeur Hirigoyen, semblent prouver le contraire. Auvard dit que règle générale les contractions utérines commencent douze heures après l'application du tampon. Que son action soit faible et ne fasse pas avancer le travail comme le ballon de Champetier de Ribes, comme la méthode de Bonnaire, nous l'admettons volontiers, mais nous ne voyons pas pourquoi chez une multipare ou l'engagement se fait tardivement, la rupture artificielle produirait des contractions. On ne pourrait le bien expliquer que par un excès de perte de liquide amniotique, dans un hydramnios et le retrait brusque de l'utérus sur lui-même. Mais, même dans ce cas, l'utérus est souvent inerte par surdistension.

Dans bien des cas par suite d'une inertie et en quelque sorte d'une inexcitabilité absolue, l'utérus oppose aux agents mis en œuvre pour exciter sa contractilité une résistance tout-à-fait anormale. Ne voyons-nous pas dans les hémorrhagies post-partum le procédé du poing échouer piteusement ? pourtant l'excitation directe existe bien là. Ne voyons-nous pas le procédé des vibrations de Kumpf ne rien produire sur l'utérus ? Le tamponnement intra-utérin, tel que l'a recommandé Vivien dans sa thèse, voire même les grandes injections d'eau bouillie à 48 degrés, est-il toujours efficace ? La cause n'en est-elle pas dans l'inexcitabilité, dans la parésie utérine, et non dans le procédé ?

5° *Il est douloureux et produit le ténésme rectal et vésical.*

Ce procédé, dit Auvard, est douloureux, mais il ne l'est que chez les pusillanimes, chez les nerveuses atteintes de vaginisme et chez les primipares et seulement dans ces cas. Bourrer le vagin avec des tampons agira comme corps étranger par distension assez rapide du canal vaginal, par surélévation, soutènement de l'utérus, en rapprochant la partie inférieure du segment inférieur, de la partie fœtale qui se présente.

Mais ne peut-on pas faire le même reproche à d'autres procédés, tels que la version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks ou le procédé de Bonnaire lorsque l'on opère sans chloroforme, Quel est le praticien qui faisant une version, ou allant à la recherche du placenta, en présence des douleurs, des cris de la mère, ne s'est vu obligé de faire acte d'autorité vis-à-

vis des membres de la famille assistant à ces pénibles et douloureuses manœuvres ?

La méthode de Champetier de Ribes mérite aussi elle le même reproche, puisqu'aux douleurs normales de l'accouchement elle ajoute celles de la surdistension de l'utérus et celles de la dilatation rapide du col.

Celle de Pinard, qui est presque celle de l'expectation armée, ne mérite pas ce reproche.

Quand au ténesme rectal, il ne faut pas le prendre en sérieuse considération, surtout si l'on a eu soin comme nous l'avons dit, que dans tout accouchement même normal, il faut vider le rectum. Ce ténesme est-il bien produit par le tampon, et non par ses envies fréquentes d'aller à la garde-robes, qu'ont les parturientes à la fin de l'accouchement quand le sommet franchit le détroit inférieur ?

Et puis la constipation n'est-elle pas de règle chez les gestantes à la fin de la grossesse ?

Le ténesme vésical pourra être évité de la même façon ; on se servira du cathéter si la femme a besoin d'uriner, mais ne sait-on aussi que dans les derniers mois de la grossesse, la primipare, par suite de la descente de la partie fœtale, éprouve de la poilakiurie, la vessie ne pouvant se dilater comme antérieurement.

On ne doit donc pas faire au tampon un grief qui la plupart du temps n'est que l'effet de la grossesse. Ces griefs auraient leur raison d'être si l'on n'y obviait à l'avance en vidant la vessie et le rectum, ou si on laissait le tampon trop longtemps.

6° Il expose à la compression, à la contusion des parties molles, à la déchirure du périnée.

La brutalité avec lequel on pourrait faire le tamponnement produirait les accidents indiqués ou bien le tampon est laissé bien trop longtemps et le vrai coupable est, non le procédé employé, mais bien l'accoucheur qui n'a pas su agir avec prudence et sang-froid ou qui a méconnu le temps qu'on doit laisser le tampon en place.

7. Il produirait une mortalité fœtale et maternelle trop considérable.

Au point de vue général, nous voulons bien mériter le reproche de ne pas faire assez attention aux fœtus. Pour nous comme pour beaucoup d'auteurs, nous considérons le fœtus comme une tumeur maligne dont il faut délivrer la parturiente au plus vite. Mais en présence d'une femme mère de nombreux petits enfants, en présence d'une famille qui se remet en vous, qui, pour sauver son épouse, qui leur mère, nous nous croyons autorisé à rechercher plutôt les intérêts de cette dernière, et de ceux-là nous nous occuperons surtout.

Avec le procédé de Champetier de Ribes, procédé que nous avons démontré presque impraticable pour le médecin, on aurait seulement une mortalité maternelle de 2 0/0 d'après la thèse de Camille Juge. Mais cette statistique n'est pas assez forte pour accorder pleine confiance à ce procédé encore jeune.

Avec le procédé de Braxton Hicks on trouve une mortalité maternelle de 1.30 0/0 d'après Lomer, de 4 0/0 suivant Auvard, de 7.2 0/0 suivant Wyder en 1886, de 8.17 0/0 d'après Mlle Dylon.

Avec le procédé de Pinard, on arrive à un pourcentage de 1, 69. Hofmeier en 1882 trouve un pourcentage de 2, 7 et si on ajoute les 3 cas qu'il élimine, le

pourcentage remonte à 10. Il est vrai que ces femmes étaient très anémiées en arrivant à l'hôpital.

Avec le procédé de Leroux, modifié par Tarnier, on trouve d'après Auvard une mortalité de 6 0/0, 11 0/0 d'après Mlle Dylion, et Abd-El-Nour pour les besoins de sa cause, détournant la statistique de Vivien, ferait remonter à 15,4 0/0 la mortalité maternelle : la moyenne de toutes les séries qu'il étudie serait de 12 à 40 0/0 et il termine en préférant les méthodes qui font tomber la mortalité à 5 ou 6 0/0 sans les indiquer. En nous basant sur les statistiques d'Auvard et de Mlle Dylion, on a une moyenne de 9 0/0, mortalité toujours trop forte mais cependant assez bonne, étant donné que d'après les calculs de Varnier, il n'y aurait que 5 accouchements sur 1000 avec placenta prævia, et 3,5 d'après Pinard.

Ces cas sont-ils d'ailleurs aussi fréquents à la campagne que dans les grands centres tels que Paris, où l'on envoie ces cas rares entre les mains des spécialistes ; nous en avons donné notre appréciation au début de notre travail ; et maints docteurs exerçant à la campagne n'en trouvent aucun cas dans leur carrière.

Pour que ce procédé méritât à juste titre de produire une mortalité fœtale et maternelle trop élevée, il faudrait des statistiques bien dressées. Ainsi, il faudrait au pourcentage les mêmes conditions d'anémie chez les parturientes, de vitalité chez l'enfant avant, pendant et après l'accouchement, de présentation fœtale, de situation placentaire avec une asepsie complète. Ces conditions sont-elles bien remplies ? Alors le parallèle entre les différents procédés ne peut être exactement établi.

8° *Peu de facilité d'application.*

Nous nous étonnons à bon droit quand on fait cette objection à un procédé si simple, où les moindres linges propres passés presque toujours à la lessive additionnée de carbonate de soude, faute de mieux, peuvent servir à former un tampon, sinon bien fait suivant les règles de l'art, au moins suffisant pour arrêter des hémorrhagies plus ou moins intenses, plus ou moins fréquentes, mais dont la continuité peut entraîner la mort du fœtus ou de la mère. Du cérat, de la vaseline ou de l'huile et une pince, le matériel est, comme on le voit, fort peu compliqué ; il en est presque réduit à la plus simple expression d'un pansement ordinaire. Nos deux doigts, introduits dans le vagin nous servent de guide ; ils vous donnent la sensation réelle du vide que vous laissez en jetant une spirale autour du col et dans les culs-de-sac du vagin : la vue n'est nullement nécessaire, le toucher est bien préférable.

Avec Champetier de Ribes, il faut tout un matériel ; avec Braxton Hicks, des manœuvres douloureuses et beaucoup de sang-froid. Avec Pinard, il faut attendre le moment pour intervenir et terminer l'accouchement par d'autres procédés.

Le tampon, d'une pratique presque journalière servira aussi bien pour les hémorrhagies du col, celles des métrites, des polypes fibreux ou muqueux, des carcinomes, des môles hydatiformes, des avortements que celles du placenta prævia. On l'emploie aussi bien avant, pendant que après l'accouchement.

Nous terminerons par cet aveu de M. Pinard, spirituellement jeté par une bonne boutade « c'est une méthode de nécessité ». On est donc obligé quelquefois de pratiquer le tamponnement.

CHAPITRE III

ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES AUTEURS CONSEILLANT LE TAMPONNEMENT.

Nous allons succinctement passer en revue quelques auteurs qui depuis surtout, une dizaine d'années, se sont occupés de cette question au point de vue du médecin exerçant à la campagne.

Chantreuil en 1881, dans une leçon relevée par le docteur L'héritier et publiée dans la Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, à propos des hémorrhagies par placenta prævia, a recours aux moyens suivants : 1° Il applique un tampon qu'il laisse 24 heures, il l'enlève ensuite, et, dit-il, on est quelquefois surpris de trouver une dilatation cervicale suffisante pour permettre de terminer rapidement l'accouchement. C'est que, en pareil cas la dilatation du col s'opère *lente-ment, silencieusement* ; 2° il donne ensuite du seigle ergoté ou fait des injections d'ergotine. (Nous ne pourrions conseiller ce moyen tant qu'il reste quelque chose dans l'utérus) ; 3° il conseille les injections sous-cutanées d'éther, plusieurs fois renouvelées.

Depaul, 1883, conseille la rupture suivie de la méthode du tampon avec application d'un bandage serré sur le ventre pour empêcher l'utérus de remonter ; et cela, à la suite d'un cas où tampon, placenta et fœtus furent expulsés simultanément.

Riassensef, 1886, (Congrès de la Soc. de médecine de Moscou et de Saint-Petersbourg) dit, à propos de l'accouchement prématuré, avoir vu dans le courant de l'année 1885 ; deux cas d'accouchement prématuré dans la clinique de Schröder à Berlin. Toutes les précautions antiseptiques ayant été prises (sublimé, tampon d'ouate iodoformée), les accouchements se firent attendre l'un deux jours et demi, l'autre trois jours. Il n'y eut pas la moindre élévation de température pendant la période puerpérale. M. Schröder fit remarquer ces faits à ses auditeurs et les attribua aux progrès de l'antisepsie à cette époque.

Rueder, 1893, demande ce que doit faire le praticien en face de tant de procédés de traitement des hémorragies du placenta prævia. Or, parmi les spécialistes les uns recommandent expressément la méthode active, les autres la méthode expectative. Et si la méthode active est préconisée par les uns, c'est qu'ils exercent, d'après lui, dans des cliniques très bien installées ; le résultat obtenu par le praticien pourrait très bien ne pas être aussi bon.

Pour lui il ne peut se prononcer sur la méthode de choix ; mais d'après les douze cas qu'il a soigné à Erlangen, il s'oppose formellement à cette assertion, savoir que la version combinée est nécessairement indispensable dans tous les cas de placenta prævia. Et il est d'avis que dans des cas relativement très fréquents, le médecin praticien doit faire le tamponnement suivant les nouvelles méthodes, de préférence avec la gaze iodoformée, quitte à terminer l'accouchement par la version, si par exemple, la présentation est mauvaise.

Leray, 1894, recommande fortement le tampon qui

pourra arrêter l'hémorrhagie sans provoquer l'accouchement ; celui-ci pourrait redevenir normal si la grossesse n'est pas de plus de 7 mois. C'est pour lui la seule méthode recommandable, tant que les deux orifices du canal cervical sont peu perméables et empêchent l'accoucheur d'y introduire le doigt pour rompre les membranes ou y placer un ballon dilatateur.

Baum, 1895, après avoir indiqué ses préférences pour la méthode active de Braxton Hicks, la remplace par la version par manœuvres externes ; il avoue que la première n'est pas à la portée de tout praticien, et il conseille le tamponnement surtout si la dilatation n'est pas suffisante. Dans les cas d'hémorrhagie grave, il le conseille encore aux personnes qui n'ont pas l'habitude de la version combinée ; ce moyen est simple, mais sitôt le tampon appliqué, il faut tenter la version par manœuvres externes et il conseille de ramener le siège en bas. Alors, dit-il, on est maître de la situation.

Nijhoff, 1895, conseille dans le prævia central de rompre doucement le tissu placentaire, sans entamer l'amnios qui vient faire hernie, puis il tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée,

Hirigoyen, 1895, est, comme on le verra d'après ses observations, tout à fait partisan du tamponnement aseptique et uniquement de ce procédé. Nous verrons les conclusions de son travail.

Knapp, 1896, à la suite d'une hémorrhagie par rupture d'un cordon vélamenteux, dit qu'il n'y a pas d'autre traitement que le tampon. Pour sauver les enfants, il conseillerait les incisions du col, suivant le procédé de Dürhhsen.

Heil (K.), 1896, dit que le traitement des hémor-

rhagies par placenta prævia doit varier suivant l'état de la mère et de l'enfant, les intérêts de celui-ci passant après ceux de la mère. Et après avoir énuméré les cas où il faut employer la méthode de Braxton Hicks ou celle de Dürrhsen, il ajoute que, si l'anémie de la mère n'est pas trop forte, on aura recours au tampon cervico-vaginal qui peut sauver la mère et l'enfant. Et il conclut qu'en cas d'enfant vivant, le tamponnement est encore le procédé de choix, lorsque l'anémie de la mère ne met pas sa vie en danger.

Külsner, 1897, conseille l'emploi du colpeurynter inusité en France, mais qui est une sorte de tampon vaginal, formé d'une vessie.

Schatz, 1897, après avoir parlé du rapport qui existe entre l'endométrite et le placenta prævia, conseille contre les hémorrhagies des 6 premiers mois, l'avortement artificiel, si on pouvait faire un diagnostic certain du placenta prævia. Contre celles des 3 derniers mois, repos au lit, morphine ou viburnum prunifolium (agents sédatifs de l'utérus) ; si l'hémorrhagie persiste, il conseille le tampon vaginal jusqu'à ce que la dilatation puisse permettre les manœuvres mixtes qui, pour lui, est l'intervention idéale, avec extraction lente à cause des déchirures du col.

L'absence d'un certain degré de dilatation ou au moins de dilatabilité du col a donc beaucoup d'importance et le tampon préalable n'est pas à dédaigner, malgré l'avis contraire de quelques opérateurs.

Le tampon à la gaze stérilisée n'est pas élastique, comme le colpeurynter, à la condition qu'il soit bien fait et qu'il ne consiste pas en quelques bourdonnets.

La méthode de la rupture, d'après lui, empêche le glissement du placenta contre la paroi utérine, mais,

par contre, elle retarde l'accouchement et rend dangereuse par sa continuité une hémorrhagie peu grave. Pour la pratiquer, il faut que la tête soit engagée dans le bassin, et que la dilatation du col puisse permettre de faire la version podalique. Dans le cas contraire, on devra tamponner sans rompre. La méthode de la rupture a des inconvénients et on ne doit servir que lorsqu'on peut faire la version podalique.

Le colpeurynter intra-utérin, qui n'est qu'une forme du ballon de Champetier de Ribes, est, dit-il, d'une application difficile pour le praticien, plus difficile que le tampon vaginal à la gaze.

Dans les hémorrhagies du *post-partum*, l'expression suivant la méthode de Crédé échoue souvent ; si l'hémorrhagie continue, on fait l'extraction manuelle du placenta, et si l'utérus reste inerte, on tamponnera la cavité utérine.

Hofmeier, 1897, conseille le procédé du tampon tant que le col n'est pas dilaté ; le renouveler au besoin. Si le travail est commencé, il pratique la rupture qui suffit avec un petit décollement, mais si l'hémorrhagie persiste, il conseille, le procédé de Braxton Hicks qui agit par la large rupture de la poche des eaux et le membre abaissé. Si la dilatation se fait attendre, il conseille la colpeurynter intra-utérin.

Jules Chéron, 1897, pour les hémorrhagies des fibrômes, conseille, outre certains procédés, une série de tampons aseptiques.

Paul Huguenin, 1897, (Concours médical du 15 sept. p. 466). Après avoir indiqué sa préférence pour la méthode du professeur Pinard, parle du tamponnement aseptique conseillé dans quelques cas par Tarnier. D'après lui, le tamponnement provoque ou accé-

lère l'accouchement. Il peut être laissé en place jusqu'à ce que le fœtus l'expulse lui-même. Cependant, il vaut mieux le retirer s'il n'est pas expulsé au bout de 24 heures ; on le remplace alors par un autre, à moins que l'on se décide à introduire le ballon de Champetier de Ribes et à terminer rapidement l'accouchement, ce qui est le meilleur parti à prendre.

CHAPITRE IV

OBSERVATION I (Personnelle).

Tamponnement, arrêt de l'hémorrhagie. — Rupture des membranes, réapparition de l'hémorrhagie forceps. — Enfant mort, mère guérie..

Mme M..., 4 pare, âgée de 29 ans, a eu trois accouchements antérieurs, les trois enfants sont venus en position du sommet, et les suites de couches normales.

A 5 ans, elle a perdu sa mère d'une phthisie acquise; à 13 ans, elle est prise d'une fièvre typhoïde, puis réglée un an après.

Les dernières règles ont eu lieu du 20-26 octobre 1895, et elle a senti les mouvements actifs du fœtus vers le 4^e mois.

Au 5^e mois, elle fait une chute du haut d'une chaise. La grossesse n'en est point troublée : on ne constate rien dans les urines ni avant ni au moment de l'accouchement.

A la fin du 8^e mois, elle se sent le matin à son réveil légèrement mouillée : elle regarde et voit un peu de sang pour lequel elle ne prête pas grande attention.

Le 1^{er} août, vers une heure du matin, la femme se réveille en sursaut, elle se sent baignée dans son lit. Croyant à la rupture de la poche, elle s'aperçoit qu'elle vient d'avoir silencieusement une perte considérable. Les draps sont inondés ; et aucune colique ne s'est fait sentir.

A la palpation, nous sentons le sommet au détroit supérieur non engagé, en position transverse, dos à gauche, la tête est mobile.

L'auscultation nous fait percevoir nettement les bruits du cœur dans la fosse iliaque gauche.

Le toucher nous montre un col long environ de 4 à 5 cm., ni dilaté, ni dilatable, mais ne nous donne aucun renseignement sur

la partie fœtale qui se présente. Le toucher bimanuel nous fait sentir entre le fœtus et le col une masse molle, spongieuse située surtout dans la partie postéro-latérale gauche, et rien dans le cul-de-sac droit.

En prévision d'un accouchement prochain et devant la quasi-certitude d'un placenta-prævia en partie centrale, nous ordonnons une forte injection de plusieurs litres d'eau bouillie à 48 degrés, nous vidons la vessie, et le rectum, et repos complet au lit. Le pouls est bon.

Vers 7 heures du matin, commence le travail par de très-fortes coliques ; il semble à la parturiente que quelque chose vient de se décoller et de tomber dans l'excavation.

A ce moment, au toucher aseptique, nous sentons très nettement un col très rigide laissant pénétrer l'extrémité de la pulpe du doigt et un cotylédon qui vient boucher l'orifice interne du col. Le cœur du fœtus est toujours bien perçu mais plus sur la ligne médiane, la position du sommet est bien transverse, la tête engagée n'est plus mobile, les douleurs sont très violentes ; elles se calment avec un lavement laudanisé.

Comme le sang se remet à couler légèrement, nous appliquons le tampon tel que nous l'avons décrit, formé de bourdonnets d'ouate trempés dans de la vaseline boriquée avec un bandage servant de ceinture eutocique. Il est bien supporté.

Vers quatre heures de l'après-midi, le travail semble avancer ; nous retirons un tampon exsanguë, excepté les cinq ou six derniers légèrement teintés. La dilatation est large comme une pièce de 2 francs et le col nous semble toujours conserver sa rigidité.

Nous restons dans l'expectation armée.

A six heures, deuxième hémorrhagie moins violente que la première ; à 8 heures, la dilatation est large comme une pièce de 5 francs, nous sentons la poche des eaux bomber et un cotylédon tomber dans le vagin.

Nous faisons une large rupture suivant le procédé de Pinard, en avant et à droite, mais avec beaucoup de difficulté. Vers 9 heures, troisième hémorrhagie très violente, la femme devient pâle, elle a des tintements dans les oreilles ; le pouls est à 120°. Une piqûre d'éther la ranime. Mais le bruit du cœur fœtal a disparu. Vers 11 heures, le placenta tombe en entier dans le vagin

et comme le col est encore très rigide, nous attendons environ une demi-heure pour appliquer le forceps Tarnier qui nous amène un enfant du sexe masculin du poids de 4 k. 50 gr. avec les membranes qui semblent accolées au fœtus.

Le globe utérin se forme très vite après, grâce à l'expression suivant le procédé de Crédé.

Suites de couches normales, en suivant les règles d'une antiseptie rigoureuse, excepté le 4^e jour où la femme a eu une légère élévation de température, 38°2, due vraisemblablement à la poussée du côté des seins, poussée qu'elle n'avait jamais eu dans ses 3 accouchements antérieurs. Quinze jours après, elle quittait la chambre.

Dans cette observation, nous voyons le tampon arrêter l'hémorrhagie qui ne se reproduit que plusieurs heures après qu'il est enlevé et le procédé de M. Pinard n'empêche pas une troisième hémorrhagie abondante qui tue le fœtus, en entraînant le placenta dans le vagin au devant du sommet.

Suites de couches, éloignées. 18 mois après, curettage de l'utérus par notre ami M. le docteur Monprofit et guérison complète.

OBSERVATION II (Personnelle).

Môle hydatiforme avec placenta prævia. — Tampon. — Guérison.

Mme G..., fermière, âgée de 34 ans, a eu quatre enfants, les suites de couches ont été régulières. Elle est atteinte depuis d'une endométrite chronique.

Le 12 septembre 1890, elle est prise subitement d'une forte hémorrhagie accompagnée de coliques. Nous la trouvons presque exsangue.

Ses dernières règles ont eu lieu vers le commencement de mars, et depuis elle ne voit rien apparaître le jour, mais à son réveil, presque tous les matins son linge est taché comme à la fin de ses époques. Il y a deux mois, elle est allée consulter un de nos anciens maîtres de l'École d'Angers, qui, en outre d'une endo-

métrite, lui a certifié une grossesse de quatre mois environ. Aujourd'hui, elle n'en croit rien puisqu'elle voit continuellement et qu'elle n'a jamais senti aucun mouvement actif.

Le palper nous montre un utérus remontant à environ deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, entre les coliques qui sont d'intensité moyenne, l'utérus nous paraît plutôt flasque et nous ne percevons aucune sensation de parties fœtales. L'utérus, par sa hauteur, semble bien en rapport avec l'âge probable de la grossesse.

L'auscultation ne nous donne que des signes négatifs.

Le toucher est plus instructif ; nous trouvons, en effet, le col disparu présentant une dilatation de la largeur d'une pièce de 2 fr. et à travers cet orifice une masse spongieuse, semblable à des cotylédons empiétant sur les culs-de-sac gauche et postérieur. Le col et toute cette partie du segment inférieur semble plus dur, plus volumineux, ce qui n'existe pas à droite et en avant. Nous ne pouvons trouver ni membranes, ni fœtus.

Notre diagnostic est donc d'hémorrhagie par placenta prævia avec un fœtus macéré.

Le sang continuant à suinter, les coliques étant de médiocre intensité, après toilette des parties génitales externes, et grandes injections vaginales d'eau bouillie à environ 45°, nous pratiquons le tamponnement aseptique. Il est huit heures du soir. Deux heures plus tard, les coliques semblent devenir expultrices ; nous nous hâtons d'enlever le tampon qui est exsanguë, excepté les quelques derniers bourdonnets. Au toucher, la dilatation est presque complète, à gauche, nous trouvons des cotylédons descendus, à droite de petits noyaux de différentes grosseurs appendus dans le vagin.

Nous nous trouvions en présence d'une môle hydatiforme.

Comme les coliques semblent devoir continuer, nous laissons à la nature le soin d'expulser cette rareté, et en effet, une demi-heure après, la parturiente accouchait en entier d'une môle vésiculaire du poids de 2 kilog. 218 gr.

Injections intra-utérines d'eau bouillie et suite de couches normales ; quinze jours après, elle quittait le lit. Deux ans plus tard, nous avons le plaisir de lui porter un enfant du sexe féminin, sans aucune complication.

Là encore nous voyons le tampon exsangü arrêter une hémorrhagie pour un placenta prævia avec môle hydatiforme. — D'un autre côté le tampon semble avoir contribué à stimuler les contractions de cet organe puisque deux heures et demie ont suffi pour produire la dilatation et terminer le décollement en entier du placenta.

D'un autre côté, cette observation nous semble présenter d'autant plus d'intérêt que dans ce cas aucun autre procédé ne pouvait être employé, que l'implantation probable de la môle près du col nous a paru d'une rareté extrême. Madame Boivin, ne parlant pas du point d'implantation du placenta, n'a trouvé qu'une môle sur plus de 20.000 accouchements.

Nous avons dit *cause de l'implantation probable* et ce qui nous le fait dire, c'est l'endométrite chronique préexistant, c'est la sensation perçue au toucher dans les culs-de-sac postérieur et gauche ; c'est enfin l'extrême rigidité du chorion situé au pourtour d'un placenta à forme ovale et irrégulièrement aplati, ressemblant en bien des points à celui d'un placenta prævia ordinaire.

OBSERVATION III (Personnelle)

Accouchement d'un fibromyome. — Tampon. — Guérison.

Cette observation bien que n'ayant pas trait aux hémorrhagies du placenta prævia nous semble devoir être donnée à cause de l'effet du tamponnement sur l'hémorrhagie et sur l'accouchement d'un fibromyome.

La femme G..., fermière, âgée de 42 ans, a eu deux enfants : l'un est âgé de 12 ans, le second est mort à l'âge de 15 mois, de diarrhée estivale.

Vers l'âge de 40 ans, ses règles ont disparu quelques mois, puis sont revenues irrégulières et depuis cinq mois, ce sont de véritables ménorrhagies. Un confrère qu'elle est allé consulter, lui annonce que c'est la ménopause qui va se produire, lui conseille le repos le plus absolu au lit, surtout au moment des pertes, injections d'eau bouillie chaude, etc. On vient nous chercher à deux

heures du matin. La malade paraît exsangüe ; deux draps pliés en quatre sous elle, sont complètement traversés ; le pouls est à 110°. Pas d'obnubilations, pas de tintement d'oreilles.

L'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis, des coliques reviennent toutes les cinq minutes. Au toucher nous trouvons un col mou, dilaté, laissant percevoir une surface dure, ronde, celui d'un fibromyome de l'utérus à pédicule allongé. L'hémorrhagie persistant, nous pratiquons le tamponnement en attendant l'arrivée du confrère qui l'avait déjà vue. A son arrivée, c'est-à-dire, trois heures après, nous enlevons un tampon exsangüe ; le col a une largeur de 5 à 6 centimètres. La tumeur retenue en partie dans l'utérus, est saisie avec une pince de Museux, contournée d'abord sur son pédicule et arrachée par morcellement.

Injectons d'eau bouillie chaude répétées toutes les deux heures. Depuis, les hémorrhagies ont complètement disparu.

Ainsi, dans ce cas, le tampon arrête l'hémorrhagie et produit une excitation de la contractilité utérine, puisque trois heures suffisent pour permettre à la malade d'accoucher d'une tumeur, dont le volume était environ celui du poing.

OBSERVATION IV (Inédite).

Placenta prævia. — Tamponnement. — Mort par septicémie.

Cette observation est due à l'amabilité d'un de nos confrères voisins. M. Foucault, assisté de M. le docteur Thuau.

La femme F..., fermière, âgée de 36 ans, a eu 7 enfants dans onze années de ménage, et tous les accouchements ont eu lieu normalement.

Le 27 novembre 1897, vers le 8^e mois de sa 8^e grossesse, elle est prise d'une première hémorrhagie qui se calme par le repos au lit. Le 13 décembre, nouvelle hémorrhagie plus forte que la première, se renouvelant plusieurs fois jusque dans la nuit du 26 au 27 où une autre assez sérieuse est accompagnée de coliques. Par ordre du médecin, une sage-femme, laissée près de la parturiente pratique le tamponnement, mais d'une façon pas assez aseptique,

pendant la nuit du 27 au 28. Ce tampon qui a arrêté l'hémorrhagie, est enlevé dans la matinée du 28, environ 8 heures après son application. Le col ouvert de la largeur d'une pièce de 5 francs laisse sentir une masse molle, spongieuse, qui n'est autre que le placenta. Le sang continuant à suinter, on renouvelle le tamponnement qui de nouveau, arrête l'hémorrhagie et accélère les contractions utérines.

A l'arrivée de M. le docteur Thuau, le tampon enlevé, 4 heures environ après son application laisse exhaler une odeur infecte, on cherche à appliquer le forceps ; impossibilité de saisir la tête sans enlever le placenta qui du reste fut arraché sans donner lieu à une nouvelle hémorrhagie. L'enfant fut extrait mort, la femme eut une syncope.

Deux jours après elle mourait d'une métrô-péritonite.

Nous remarquons encore là, que, tant que le tampon est resté en place, l'hémorrhagie cesse et que le second a même accéléré le travail. Les suites ont certainement été déplorables ? Mais faut-il en accuser le tampon ? Les nombreuses hémorrhagies qui se sont succédées rapidement, le manque d'asepsie du procédé appliqué par une sage-femme peu habituée aux soins antiseptiques, le refus de cette fermière de garder constamment le lit, le nombre d'enfants en si peu de temps, l'endométrite antérieure, toutes ces causes se surajoutant ne devaient-elles pas faire prévoir de grandes chances pour une issue fatale, quel qu'eût été le procédé employé ?

OBSERVATION V (Inédite), docteur THUAU.

M. le docteur Thuau a bien voulu nous donner le résumé de l'observation suivante :

Mme B..., 31 ans, fermière, est à son premier accouchement. Au terme de sa grossesse, elle a plusieurs hémorrhagies. Un tamponnement est appliqué par la sage-femme, et lorsqu'on le retire, on constate que le col est assez largement entr'ouvert et que le placenta en partie décollé, descend dans le vagin. Après extraction du placenta suivant la méthode de Simpson, le forceps, immédiatement appliqué, amène un enfant vivant qui mourut

plusieurs heures après. Femme guérie, suites de couches physiologiques.

Toutes les observations suivantes sont dues à l'aimable complaisance de M. le docteur Hirigoyen, chirurgien à la Maternité de Bordeaux.

Ces observations ont d'autant plus de valeur qu'elles ont été prises dans la clientèle privée, par un professeur, trouvant les procédés nouveaux, dangereux et difficiles dans la pratique courante. Pour lui, il y a exagération évidente, et peut-être dangereuse, de vouloir systématiquement rejeter le tamponnement.

Obs. I. — Mme M..., grande lymphatique, a eu quatre grossesses à terme. Enfants vivants : suites de couches physiologiques.

Cinquième grossesse. Au sixième mois, première hémorrhagie, à 6 mois et demi, deuxième hémorrhagie. A 8 mois, le 16 décembre, hémorrhagie assez abondante qui se renouvelle le 19. La malade, qui était très affaiblie, se décide à appeler son médecin.

Le lendemain, 20 décembre, dans la matinée, nouvelle perte c'est la cinquième en 2 mois ; le vagin est rempli de caillots volumineux. Enfant vivant, présentation du siège, col mou, non effacé. Grande faiblesse, pouls à 100. A trois heures de l'après-midi, tamponnement. Faiblesse plus grande, pouls petits à 120. A deux heures du matin, le tampon qui n'a pas laisser suinter de sang, est retiré. La dilatation est de 6 centimètres. Les bords du col sont mous, souples, non effacés ; le placenta est au centre de l'ouverture du col. Immédiatement la main est introduite dans l'utérus, le genou droit est saisi sans difficulté et abaissé. L'extraction n'a pas duré 2 minutes. L'enfant est mort, pas de battements du cœur ; insufflation sans résultat. L'accouchement et la délivrance se sont effectués sans nouvelle hémorrhagie. Les suites de couches ont été normales ; l'anémie a persisté longtemps.

Obs. II. — Mme P..., a eu deux grossesses à terme et un avor-

tement à 3 mois, suivi aussitôt d'une quatrième grossesse. Dans le courant du 9^e mois de cette 4^e grossesse, une hémorrhagie se produit très peu abondante et disparaît sans traitement. Au bout de huit jours, les membranes s'étaient rompues spontanément, il s'écoule brusquement un flot de sang et de liquide amniotique pouvant être évalué à un litre environ. La perte cesse rapidement ; il n'y a pas de dilatation. Injections chaudes. Le lendemain, c'est-à-dire, 12 heures après, le travail débute et l'accouchement se fait en trois heures, spontanément, présentation du sommet, et sans aucune perte. Délivrance normale ; enfant vivant, suites physiologiques ; l'insertion était marginale, les membranes déchirées contre le placenta.

Obs. III. — Madame F..., primipare de 20 ans, femme d'un confrère, est prise d'hémorrhagie pendant la nuit du 7 décembre au 7^e mois de sa grossesse. L'hémorrhagie se reproduit dans la nuit du 8, très considérable. Tampon appliqué par le mari ; je suis appelé quelques heures après. Le tampon est retiré. Le col est mou, dilatable, le placenta est accessible à gauche. L'enfant est mort. Je fais une application de forceps, mais la tête étant très petite, les cuillers glissent. L'état général étant inquiétant, je fais immédiatement la version sans aucune difficulté. Délivrance normale. Suites de couches physiologiques.

Obs. IV. — Madame T..., primipare de 30 ans, a eu une hémorrhagie légère au 6^e mois de sa grossesse. 15 jours après, nouvelle perte. Segment inférieur épais, pas de partie fœtale accessible, enfant vivant. Au 7^e mois, 13 novembre à 5 heures du matin, perte des eaux, suintement sanguin insignifiant, douleurs peu intenses, enfant vivant, présentation du sommet ; placenta accessible sur le col qui est mou et rempli de caillots. Toute la journée et la nuit se passe sans que le travail avance et sans autre perte qu'un suintement sanguin léger. Le 14 novembre au matin, tamponnement. A 3 heures du soir, les contractions sont devenues fortes. En présence du docteur Dubreuilh, j'enlève le tampon ; il n'y a pas d'hémorrhagie, le col est mou, dilatable. Version. Décollement de la partie gauche du placenta avec la main. Extraction d'un garçon vivant qui s'est élevé dans une couveuse. Suites physiologiques.

Obs. V. — Femme X..., tertipare de 30 ans, au 8^e mois de sa grossesse, hémorrhagie abondante, soudaine, la nuit au lit. Huit jours plus tard, nouvelle hémorrhagie. Le 23 janvier, je suis appelé dans la nuit par le docteur Muselli : la femme est très affaiblie, syncope, début du travail ; on touche le placenta inséré au centre. Injections chaudes et tamponnement. Six heures après, j'enlève le tampon ; il n'y a plus eu de pertes, la dilatation est complète ; le placenta s'est décollé spontanément sur le côté droit ; la tête est accessible, l'enfant est mort. Application de forceps sans hémorrhagie. Le placenta vient immédiatement et est extrait en même temps que l'enfant. Le placenta est très étalé, mince et bilobé. La partie rétrécie entre les 2 lobes recouvrait entièrement le col. Suites physiologiques.

Obs. VI. — Femme C..., à terme de sa 2^e grossesse, a eu une hémorrhagie, le 10 mars, pour laquelle on fait un tamponnement qui arrête l'hémorrhagie et produit quelques contractions peu fortes. Trois jours après, une nouvelle hémorrhagie survient. Je constate à ma première visite que le col est ouvert, que le placenta occupe la partie gauche ; la tête est sentie élevée au-dessus du bassin. L'enfant est vivant. Chloroforme, forceps immédiatement ; l'extraction est très pénible, enfant mort ; fille de 3 k. 900. Suites normales.

Obs. VII. — Madame C..., 30 ans, a eu 4 enfants à terme et une fausse couche, elle est au 6^e mois de sa 6^e grossesse (24 déc.). Perdant depuis 8 jours des eaux teintées de sang. Le 24 déc.. perte d'eau plus abondante avec hémorrhagie et expulsion de caillots ; son médecin lui fait prendre 2 grammes de seigle et donne une injection froide. La perte continue et je suis appelé à voir la malade ; elle a perdu du sang en abondance, le col est entr'ouvert, orifice 5 centim. ; le placenta recouvrant l'orifice, on ne perçoit pas de présentation. A 8 heures du soir, je fais le tamponnement, la perte cesse, les contractions s'accroissent. A 11 h., vu l'intensité des douleurs, j'enlève le tampon qui n'est pas traversé, la dilatation s'est complétée ; le placenta décollé à gauche, est en partie engagé dans le col ; le fœtus macéré est senti en travers ; le bras droit est senti dans le vagin ; le placenta est en-

levé le premier par morceaux, il n'y a pas d'hémorrhagie le fœtus s'engage par la tête et vu son petit volume, il est expulsé facilement. Suites de couches sans incident.

Obs. VIII. — Mme T..., 4 pare. Première grossesse à terme, enfant vivant ; 2^e grossesse terminée à 7 mois, enfant mort ; 3^e grossesse avortement à 3 mois.

Le 13 janvier, la grossesse est de 7 mois environ, la femme a sans douleur et subitement une perte de sang pur de 200 à 300 gr. La malade est mise au lit et je la vois quelques instants après. Il y a un léger suintement sanguin, le col est entr'ouvert de 3 centimètres, présentation du sommet et sur le côté gauche, le doigt arrive sur le placenta marginal. A 8 heures du soir, tamponnement vaginal. Pendant toute la nuit, il n'y a pas d'hémorrhagie et presque pas de contractions. A 9 heures du matin, 14 janvier, le tampon est enlevé ; la dilatation n'a guère progressé ; il n'y a pas d'hémorrhagie. A ce moment, les membranes se rompent spontanément, la tête s'engage, la dilatation se fait rapidement, et en quelques minutes, a lieu l'expulsion d'un enfant vivant, mais petit, pesant exactement 2.000 gr. Délivrance normale, l'enfant a succombé le jour même. Suites physiologiques.

Obs. IX. — Mme P..., 28 ans, 3 pare, a eu deux grossesses à terme normale, est au 6^e mois de 3^e sa grossesse au mois d'avril. L'utérus est volumineux pour l'âge de la grossesse et remonte à l'épigastre. Le 3 avril au soir, une hémorrhagie se déclare, peu abondante. On sent sur le col une partie du placenta. Pendant la nuit, suintement insignifiant. Le travail commence à 6 heures du matin ; à 10 heures, la dilatation est moitié terminée ; une portion du placenta est dans le col, au devant de la tête. A 11 heures, expulsion sans hémorrhagie d'un enfant de 6 mois vivant. Une seconde poche amniotique s'engage aussitôt, un autre enfant se présente par le sommet, rupture immédiate de la poche qui contient une grande quantité d'eau ; expulsion d'un second garçon vivant également. Délivrance naturelle. Le placenta du premier enfant était inséré sur le bord du col utérin ; l'insertion du cordon était vélamenteuse ; le placenta du 2^e enfant était normal. Les deux ne formaient qu'une seule masse soudée avec deux

poches complètes. Les enfants mis en couveuse, ont vécu quelques heures. Suite de couches physiologiques.

La lecture de ces observations nous apprend donc que ; les neuf femmes que nous avons eu à soigner ont toutes guéri, sans avoir même un instant de fièvre pendant leurs suites de couches : deux primipares, une bipare, deux tertipares, deux quartipares, une quintipare, une sextipare. Le plus souvent le travail s'est terminé après une ou deux hémorrhagies. Une femme ayant eu quatre hémorrhagies du sixième au huitième mois était dans un état fort grave, ainsi que deux autres dont la perte était très abondante.

4 fois le placenta recouvrait le col, 5 fois l'insertion était marginal.

6 fois le tamponnement vaginal appliqué fait cesser l'hémorrhagie et amène une dilatation suffisante pour terminer l'accouchement.

3 fois les membranes se sont rompues spontanément sans que l'hémorrhagie ait été assez importante pour avoir nécessité au préalable le tamponnement, l'accouchement simplement surveillé s'est fait sans hémorrhagie. Il faut noter que dans 2 de ces 3 cas, la grossesse était à terme et le placenta latéral ; les 2 enfants sont venus vivants, l'un d'eux a succombé dans les 24 heures. Quant au 3^e, où la rupture des membranes s'est faite spontanément il s'agissait d'un œuf double de 6 mois avec insertion marginale du placenta et dissociation des éléments du cordon.

Présentations. — Un siège, une épaule, huit sommets, six dont deux jumeaux.

Interventions. — Une extraction du siège, une

version, un forceps et version consécutive, trois forceps seuls.

Mortalité fœtale. — En résumé cinq enfants sur dix sont venus vivants, des cinq autres, un était macéré, deux morts avant toute intervention, deux pendant l'extraction

Mortalité maternelles. — Toutes les mères ont guéri.

Conclusions. — D'où je conclus que les femmes atteintes d'hémorragies dues à l'insertion vicieuse du placenta et soignées dès le début par le tamponnement vaginal aseptique et bien fait, guérissent dans la clientèle privée, dans une proportion satisfaisante, 0 décès sur neuf cas.

Quant aux enfants, leur mortalité est toujours très considérable et tient principalement à la cessation trop prématurée de la grossesse, à la répétition et à l'abondance des hémorragies dues au décollement du placenta, et enfin, à la fréquence des interventions opératoires que nécessitent ou les présentations mauvaises ou l'intérêt même de la femme qui doit être délivrée le plus tôt possible.

CONCLUSIONS

Pour le praticien, le tamponnement a dans son application un champ opératoire beaucoup plus vaste que les autres procédés qui ne peuvent être employés dans certains cas, tels que les hémorrhagies des métrites, des fibromes, des carcinomes, des môles hydatiformes.

Son application plus fréquente est par là même plus facile pour le praticien au cas d'hémorrhagie par placenta prævia ; et il a sur les autres procédés l'avantage de pouvoir être employé, avant, pendant et après l'accouchement.

La mortalité fœtale et maternelle n'est pas plus élevée qu'avec les autres méthodes ; et si quelquefois après l'application du tampon, on a vu surgir quelques accidents de septicémie, la faute n'en est pas au procédé, mais à l'opérateur qui a fait oubli ou mépris de l'asepsie.

Est-ce à dire que nous rejetterons les autres méthodes ? Non, Nous ne pouvons être systématiques, nous devons être éclectiques.

Toutes précautions antiseptiques prises au maximum du possible, nous aurons toujours à examiner : 1° L'état de la parturiente ; 2° la situation du fœtus ; 3° son état de vie ou de mort ; 4° la situation du placenta ; 5° l'état du col.

En présence d'une femme ayant peu perdu, nous

saurons au besoin nous tenir dans l'expectative, tout en ordonnant le repos au lit, les injections d'eau bouillie chaude.

De préférence nous chercherons à avoir une présentation du sommet ou du siège ; jamais de transversale.

Si l'enfant est mort ou en état de mort apparente nous respecterons les membranes lorsque l'accouchement ne semblera pas devoir se produire de sitôt.

Pour un placenta latéral, l'hémorrhagie étant évitable, nous nous tiendrons sur la réserve, et pour un *prævia* plus ou moins central, beaucoup plus grave et pour la mère et pour le fœtus, nous emploierons la méthode du décollement, suivie de la rupture des membranes et version avec abaissement d'un pied. Dans ce cas, le fœtus est considéré comme une tumeur maligne.

Quand à la forme du col plus ou moins dilaté le procédé variera.

Dans le plus grand nombre des cas, nous nous croyons autorisés à employer de préférence la méthode de Leroux, ou du tamponnement vaginal aseptique, étant donné que les présentations du sommet sont les plus fréquentes, même avec un placenta *prævia*.

Alors quand tout aura échoué contre une hémorrhagie qui persiste en un suintement désespérant coulant goutte à goutte ou ruisselant sans relâche, l'évacuation rapide de l'utérus apparaîtra comme la suprême ressource.

Nous aurons en dernier ressort la méthode de Bonnaire, suivie du forceps. Malheureusement on a abusé de lui, on en fait un agent de dilatation et d'extraction à la fois. Paul Dubois ce clinicien émé-

rite, ce merveilleux accoucheur, s'en excusa lui-même. Nous ne l'emploierons qu'avec un col dilaté ou dilatable, et une présentation du sommet.

Nous ne ferons que mentionner les autres soins à donner à la femme en état d'anémie grave, tels que injections sous-cutanées d'éther répétées, injections de sérum artificiel, etc..., voire même les lavements d'eau salée suivant la formule du sérum artificiel.

Vu : le doyen,

BROUARDEL

Vu : le Président de la thèse,

P. BUDIN

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BLACKER. 1897. (*The Britis. med. journ. Analyse in Obst.* du 15 sept.)
- HOFMEIER. (M.) 1882. *Zeit f. Geburt und Gynak.* Stuttgard, oct. 15, n° 44, t. XXII p. 2.598.
- DEPAUL. 1883. *Journal des sages-femmes.* XI, 337.
- PUJOL. 1896. Des rapports réciproques de la grossesse et de la paturition avecles tumeurs fibreuses de l'utérus. Th. Montpellier.
- FLEMING. 1886. *Ac. de Médecine.* Dublin.
- BRAXTON-HICKS. 1889. *Ass. med. Britan.* Leeds, août 13-16.
- WYDER. 1890. *Correpp. f. Schweiz Aerzte Basel* XX, 441-448.
- RUDER. 1893. *Munchener, Médin-Woch*, T. (XI) n° 33, 15 août, p. 619-621.
- LERAY. 1894. *Bull. Soc. Scient. de l'Ouest.* III p. 56-63.
- BAUMM. 1895. *Centr. f. Gyn. Leipz.*, n° 39, p. 1043-1045.
- NIJHOFF. 1895. *Centr. f. Gyn. Leipz.*, XIX, p. 210-213.
- KUSTNER. 1897. VII^e Cong. Soc. All. et Gyn. Leipz., 10 juin.
- BAZEN. 1897, VII^e Cong. Soc. All. et Gyn. Leipz., 10 juin.
- HIRIGOYEN. 1895. Cong. Gyn. d'obst. et Péd. Bordeaux, août 8-14.
- KNAPP. 1896. *Arch. f. Gyn. Leipz.*, Bd LI. hft. 3.
- FUTH. (J). 1896. T^e du placenta prævia. *Centralbl. f. Gyn. Leipz.* LVI, p. 918.
- HEIL. (K). T^e du placenta prævia. *Thérap. Woch Wienn*, oct. 18, n° 42, p. 1017.
- MARIDORT. 1897. Thèse de Paris. Etude critique et historique des différents traitements du placenta-prævia.
- WELTH (E.). 1896. T^e du plac. prævia. *Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte*, Basel, 15 août.
- SCHATZ. 1897. VII^e Congr. de la Soc. all. et gyn. Leipz., 10 juin.
- HHLFELD (de Marbourg). 1897. VII^e Congr. de la Soc. All. et Gyn. Leipz., 10 juin.

- HOFMEIER. 1897. VII^e Congr. de la Soc. All. et Gyn. Leipz.
10 juin.
- DELORE. 1897. *In obst.*, du 15 sept. 1897.
- MAYGRIER. 1897. *Bull. et mém. Soc. obst. et gyn.* Paris, p. 69.
- TARNIER. 1897. Clin. d'acc., rue d'Assas, *in Rev. intern. Medic. et Chirurg.*, 25 avr. p. 131.
- JULES CHÉRON. 1897. *Rev. des mal. des femmes.*
- KUMPF. (de Vienne) 1897. *Sem. méd.* 24 mars, p. 107.
- PINARD. *Ann. de gyn.* 1885-1886.
- VARNIER. *Anjou médic.* 1895. pp. 126 et suiv.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. Précis d'obstétrique.
- CHANTREUIL. 1881. *Rev. de Ther. méd. chir.*
- RIASSENF. 1886. *Sem. médic.*, 10 fév. p. 58., Congr. Soc. méd. et chir. Moscou et Saint-Péterbourg.
- HUGUENIN (Paul). 1897. Concours médic.. 15 sept., p. 464-466.
- ABD-EL-NOUR. Thèse de Paris.
- AUVARD. 1886. Thèse d'agrégation.
- M^{lle} BERTA DYLLION. Thèse de Paris, 1890.
- VIVIEN. 1892. Thèse de Paris.
- CAMILLE JUGE. 1896. Thèse de Paris.
- LASKINE. 1890. Essai sur la version bipolaire. Th. Paris.
- MORTAGNE. 1897. De l'accouchement méthodiquement rapide (Thèse de Paris).

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25, PARIS

- AUSSET** (Dr), professeur agrégé. **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-97. 1 volume in-8, 1898. 5 fr. »
- BERDAL** (Dr), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. 4 fr. »
- CHATELAIN**. **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduites d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile. 25 fr. »
- COURTADE**. **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- JAKOB** **Atlas du système nerveux**, suivi d'un précis d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique des maladies nerveuses. Ouvrage comprenant 98 pl. color. et fig. dans le texte. Traduit par les Drs REMOND, professeur à la Faculté de Toulouse, et CLAVELIER, chef de clinique. In-12, cartonné, 1897. 12 fr. »
- KRAFFT-EBING**. **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la cinquième édition allemande, par le Dr EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. 20 fr. »
- LEVILLAIN**. **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895. 4 fr. »
- MALBEC**. **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édit., revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897. 4 fr. »
- MAURANS** (Dr de). **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du Dr de MAURANS. In-8, de 720 p., 1894. 12 fr.
- NOGUÉ**. **Précis de posologie infantile**. In-8, rel. s., 1895. 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité d'Électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le Dr E. VALUDE. Un vol. in-18 avec fig. 1895. 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). **Traité de l'œil artificiel**. Un vol. in-18 cart. avec fig., 1895. 4 fr. »
- STAPPER**. **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouvrage contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**. 2 vol. in-8, 1886, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- VARIOT**. **La diphtérie et la sérumthérapie**. Etudes cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (Formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'Ophtalmologie. Un vol. in-8 avec 213 fig. dans le texte, 1896. 8 fr. »